

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1911

THÈSE

N°

237

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

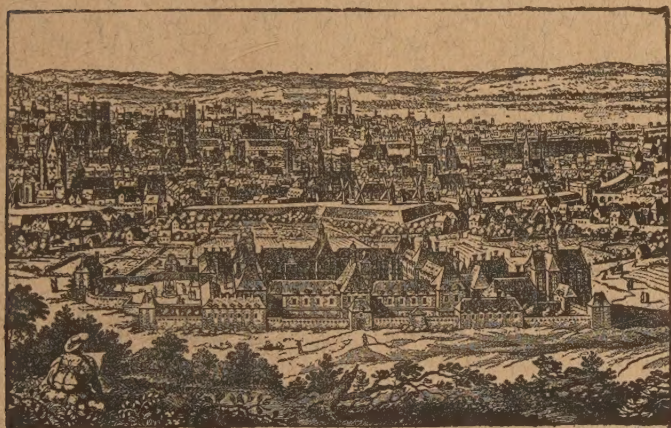
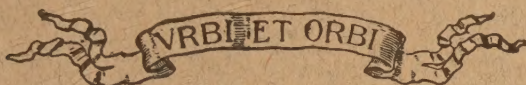
PAR

M. Jean GOUIN

né à Pleurtuit, près Dinan (Côtes-du-Nord), 21 juin 1884

ACNÉ CHÉLOIDIENNE DE LA NUQUE

Président : M. GAUCHER, Professeur.



L'HOSPITAL SAINT LOUIS EN 1620

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1911

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1911

THÈSE

237
N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

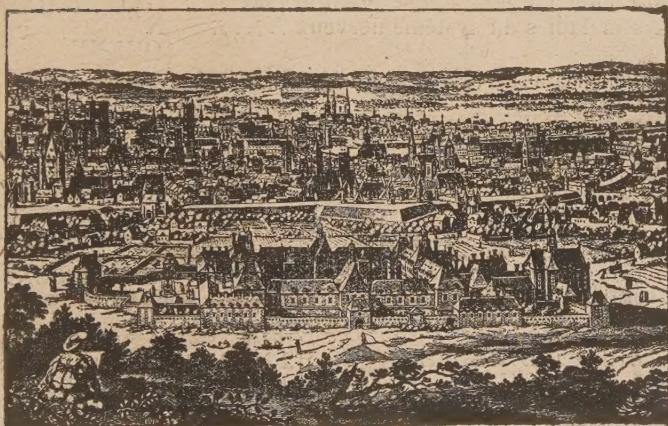
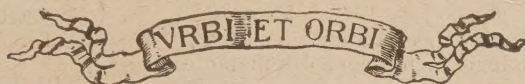
PAR

M. Jean GOUIN

né à Pleurtuit, près Dinan (Côtes-du-Nord), 21 juin 1884

ACNÉ CHÉLOIDIENNE DE LA NUQUE

Président : M. GAUCHER, Professeur.



L'HOSPITAL SAINT LOUIS EN 1620

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1911



UNIVERSITÉ DE PARIS. — FACULTÉ DE MÉDECINE

Doyen.....		M. LANDOUZY.	
Professeurs.....		MM.	
Anatomie.....		NICOLAS.	
Physiologie.....		CH. RICHEL.	
Physique médicale.....		GARIEL.	
Chimie organique et chimie minérale.....		GAUTIER.	
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....		BLANCHARD.	
Pathologie et thérapeutique générales.....		ACHARD.	
Pathologie médicale.....		{DEJERINE.	
Pathologie chirurgicale.....		{WIDAL.	
Anatomie pathologique.....		LANNELONGUE.	
Histologie.....		MARIE (PIERRE).	
Opérations et appareils.....		PRENANT.	
Pharmacologie et matière médicale.....		HARTMANN.	
Thérapeutique.....		POUCHET.	
Hygiène.....		MARFAN.	
Médecine légale.....		CHANTEMESSE.	
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		THOINOT.	
Pathologie expérimentale et comparée.....		CHAUFFARD.	
		ROGER.	
		HAYEM.	
Clinique médicale.....		{DEBOVE.	
		{LANDOUZY.	
Clinique des Maladies des enfants.....		{GILBERT.	
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....		{HUTINEL.	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques...		BALLET (GILBERT).	
Clinique des maladies du système nerveux.....		GAUCHER.	
		N.	
Clinique chirurgicale.....		{QUENU.	
		{RECLUS.	
Clinique ophtalmologique.....		{SEGOND.	
Clinique des maladies des voies urinaires.....		{DELBET.	
Clinique d'accouchements.....		{DE LAPERSONNE.	
		{ALBARRAN.	
Clinique gynécologique.....		{PINARD.	
Clinique chirurgicale infantile.....		{BAR.	
Clinique thérapeutique.....		{RIBEMONT-DESSAIGNES.	
		{POZZI.	
		{KIRMISSON.	
		{ROBIN.	
MM.		Agrégés en exercice :	
BALTHAZARD.	DESGREZ.	LENORMANT.	PROUST.
BERNARD.	DUVAL.	LERI.	RATHERY.
BRANCA.	GOUG ROT.	LEQUEUX.	RETTERER.
BRINDEAU.	GREGOIRE.	LOEPER.	RICHAUD.
BROCA (ANDRÉ).	GUENIOT.	MACAIGNE.	ROUSSY.
BRUMPT.	GUILLAIN.	MAILLARD.	ROUVIERE.
CAMUS.	JEANNIN.	MORESTIN.	SCHWARTZ.
CARNOT.	JOUSSET.	MULON.	SICARD.
CASTAGNE.	LABBE.	NICLOUX.	TERRIEN.
CHEVASSU.	LAIGNE-LAVASTINE.	NOBECOURT.	TIFFENEAU.
CLAUDE.	LANGLOIS.	OKINCYC.	ZIMM RN.
COUVELAIRE.	LECENE.	OMBREDANNE.	

Secrétaire de la Faculté : M. DESTOUCHES.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE.

A MA MÈRE

Témoignage de ma profonde affection.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
M. LE PROFESSEUR GAUCHER.
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
MÉDECIN DE L'HOPITAL SAINT-LOUIS

A M. LE DOCTEUR L. BROcq

MÉDECIN DE L'HOPITAL SAINT-LOUIS.

A M. LE DOCTEUR L.-M. PAUTRIER

A M. LE DOCTEUR BELOT

CHEF DU SERVICE D'ELECTROTHERAPIE DE M. LE DOCTEUR BROcq.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PROVINCE RENNES.

M. le Docteur PERRIN DE LA TOUCHE, Directeur de l'Ecole de Médecine de Rennes.

M. le Docteur LE MONNIET, Professeur de Clinique chirurgicale à l'Ecole de Médecine de Rennes.

M. le Docteur BODIN, Professeur de Dermatologie et Bactériologie à l'école de médecine de Rennes.

M. le Docteur FOLLET, Professeur de Clinique médicale à l'Ecole de Médecine de Rennes.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

M. le Professeur PINARD.

M. le Docteur OETTINGER, Médecin de l'hôpital Broussais.

M. le Docteur SAVARIAUD, Chirurgien de l'hôpital Trousseau.

M. le Docteur Paul REYNIER, Chirurgien de l'hôpital Lariboisière. (*Externat* 1908-1909).

M. le Docteur BONNIOT, Chef du Laboratoire de Radiologie Hôpital Broussais. (*Externat* 1908-1909).

M. le Docteur BROcq, Médecin de l'hôpital Saint-Louis. (*Externat* 1908-1909, 1910-1911, 1911).

M. le Docteur DESNOS, secrétaire de la Société Française d'Urologie et M. le Docteur MINET, qui nous ont fait l'honneur de nous prendre comme assistant de clinique.

A MES MAITRES DANS LES LABORATOIRES

M. le Docteur BORDAS, Maître de Conférences à la Faculté des Sciences de Rennes.

M. le Docteur L.-M. PAUTRIER, Chef de Laboratoire à l'Hôpital Saint-Louis et à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux.

M. le Docteur SABOURAUD, Chef du Laboratoire de la ville de Paris à l'hôpital Saint-Louis.

Nous remercions M. le Docteur SOTTAS et M. SCHALLER, du service de M. le Docteur BROcq, d'avoir bien voulu photographier nos malades avant et après le traitement.

INTRODUCTION

Nous nous sommes proposé d'étudier, sur les conseils de M. Pautrier, l'acné chéloïdienne de la nuque. C'est une affection qui, sans être fréquente, n'est cependant pas très rare et qui, jusqu'ici, n'a été, à notre connaissance, que l'objet de travaux fragmentaires, portant, soit sur sa symptomatologie, soit sur son anatomie pathologique, mais qui n'a pas encore donné lieu à un travail complet.

Il nous a semblé qu'il y aurait avantage à grouper les communications éparses portant sur ce sujet, à tracer un tableau d'ensemble de l'état actuel de cette question, qui soulève toute une série de problèmes intéressants, au point de vue étiologique, pathogénique et thérapeutique.

Une première question se posait : celle de l'identification de l'acné chéloïdienne de la nuque et de la dermatite papillaire du cuir chevelu de Kaposi et des écloles viennoise et étrangères.

Nous nous efforcerons de démontrer qu'il s'agit d'une seule et même affection et que leur symptomatologie se confond absolument.

En essayant de préciser cette symptomatologie, nous serons amenés à décrire trois stades successifs : le *stade* acnéique ou furonculaire, préchéloïdien ; le *stade* d'évolution chéloïdienne dans lequel les éléments infectés du début s'agglomèrent, pour constituer des placards indurés déjà

chéloïdiens, mais encore *habités*, c'est-à-dire, présentant à leur périphérie, des pustules en activité; enfin le *stade* terminal des formations chéloïdiennes adultes, souvent *inhabitées*.

Nous étudierons ensuite la formation de chéloïdes sur acné en d'autres points du corps que la nuque, et nous nous efforcerons de prouver qu'il s'agit là de lésions distinctes de par leur mode d'évolution et leur structure, et, qu'en réalité, ce sont des affections différentes, qui ne doivent pas être confondues.

Le terme d'acné chéloïdienne ne doit s'appliquer qu'aux lésions de la nuque. Dans un seul cas, tout à fait exceptionnel, nous avons pu observer, au niveau de la barbe, une lésion de nature analogue.

On remarquera, du reste, que, dans ce cas, il s'agit encore d'une région riche en follicules pileux. Il semble donc que la présence de ces derniers, soit nécessaire à la formation des lésions de l'acné chéloïdienne vraie.

Après avoir rappelé les principaux éléments du diagnostic de cette affection, nous donnerons une description aussi complète que possible, de son anatomie pathologique, que nous avons étudiée et rédigée avec M. Pautrier.

Nous avons pu, dans cet ordre d'idées, glaner un certain nombre de faits intéressants, dont quelques-uns étaient, croyons-nous, mal connus jusqu'ici : la présence, dans un stroma conjonctif sclérosé, de plasmomes absolument purs, de foyers de cellules géantes, de formations giganto-cellulaires, se substituant aux glandes sébacées et engainant les poils eux-mêmes. Ces constatations histo-pathologiques orientent invinciblement la pathogénie dans un sens parasitaire.

Nous exposerons, après avoir rappelé les données actuelles sur la nature des chéloïdes ordinaires, de quelle façon on peut comprendre aujourd'hui cette pathogénie. Nous serons

amenés à avouer l'échec complet de nos cultures, des recherches de bacilles, des examens de poils. Mais nous concluerons, malgré ces insuccès, à la nature parasitaire infiniment probable de l'acné chéloïdienne.

Enfin, nous donnerons une place considérable à la question si importante de la thérapeutique : après avoir résumé les données du traitement médical général et local ; après avoir rappelé les méthodes chirurgicales ou électrothérapiques déjà préconisées, telles que : électricité statique, haute fréquence, courant continu, ionisation, électrolyse, nous insisterons, tout particulièrement, sur les méthodes plus récentes : radiumthérapie et surtout radiothérapie, qui représente, pour nous, le traitement de choix. Nous dirons un mot de la méthode mixte : ablation, suivie immédiatement de radiothérapie ; méthode qui nous a donné d'heureux résultats.

L'acné chéloïdienne, avons-nous dit en débutant, n'est pas une affection des plus fréquentes : nous avons pu, dans le courant des deux années que nous avons passées chez notre maître, M. Brocq, en réunir une dizaine d'observations originales, observations portant sur des malades que nous avons suivis, étudiés, traités et biopsiés, chaque fois que cela nous a été possible.

Nous avons ici le devoir de remercier notre maître, M. Brocq, des trois années que nous avons passées dans son beau service ; nous avons été à même de profiter, à chaque instant, de son enseignement, des conseils qu'il n'a cessé de nous prodiguer.

Nous sommes heureux de lui dire toute notre reconnaissance.

C'est notre maître et ami, M. Pautrier, qui nous a inspiré le sujet de cette thèse et qui en a rédigé avec nous, l'anatomie pathologique et la pathogénie ; il nous est très agréable de pouvoir lui adresser tous nos remerciements. Pendant trois

années, M. Pautrier nous enseigna l'anatomie pathologique, au Laboratoire de l'Amphithéâtre d'Anatomie des Hôpitaux et au Laboratoire de Saint-Louis ; il nous a fait profiter de son enseignement et de ses conseils ; il fut pour nous, un maître dévoué et aussi un ami. Nous l'assurons de toute notre reconnaissance et de notre entier dévouement.

M. Belot nous a aidé, de son côté, de ses précieux conseils, pour tout ce qui regarde le traitement électro-thérapeutique et radio-thérapeutique.

C'est lui qui, après nos premiers mois de travail chez M. le Dr Bonniot, au laboratoire d'électrothérapie de l'hôpital Broussais, a complété notre éducation physio et radiothérapique ; nous lui adressons tous nos remerciements et nous lui exprimons ici toute notre reconnaissance.

Nous n'aurons garde d'oublier M. le Dr Bodin, de Rennes, qui, le premier, nous guida dans la voie ardue de la Dermatologie.

Pendant une année d'externat, il nous fit part de son enseignement si précis, et depuis, n'a cessé de nous prodiguer ses conseils et son amitié ; nous l'assurons de notre reconnaissance et de notre sincère attachement.

HISTORIQUE

Nous avons cru plus logique de diviser notre historique en trois parties distinctes ; dans la première nous grouperons : les travaux de l'école dermatologique française, jusqu'en 1891 ; dans la seconde, ceux de l'école viennoise. Nous aurons en effet à identifier la « Dermatite papillaire du cuir chevelu de Kaposi », avec notre « acné chéloïdienne » et, nous essaierons de prouver que ces deux termes ne désignent qu'une seule et même affection. Dans la troisième partie, nous avons groupé tous les travaux modernes, français et étrangers.

Ecole française.

C'est en 1817 qu'Alibert emploie la première fois le terme de « chéloïde » (χηλῆς pince d'écrevisse ; Eidos ressemblance) dans un mémoire où cet auteur donna la description des tumeurs fibreuses auxquelles il appliquait ce nom et établit une classification en chéloïdes spontanées et chéloïdes secondaires ou cicatricielles, division qui resta plus tard classique, mais qui est discutée par certains auteurs modernes.

La chose, sinon le mot avait déjà été vue par un vieil auteur de la fin du XVIII^e siècle, Retz (2), qui, sous le nom de dartre de graisse, avait décrit une affection dont la symptomatologie correspond à notre chéloïde.

(1) ALIBERT. *Mémoire de la Société médicale d'emulation*, 1817, page 74⁴

(2) RETZ. *Maladies de la peau et de celles de l'esprit*. Paris, 1790.

Alibert lui-même avant d'adopter le terme de chéloïde avait décrit quelques années auparavant la même lésion sous le nom de « cancroïde de la peau », la ressemblance de ces tumeurs avec la pince d'écrevisse lui fit changer sa dénomination et adopter le terme qui depuis devait rester classique.

Celui-ci fut longtemps appliqué aux cicatrices vicieuses en tumeur : l'aspect clinique répondait à la description d'Alibert. Mais il nous faut arriver aux travaux du grand dermatologiste français du milieu du siècle dernier, pour trouver l'épithète « chéloïdienne » appliquée à la dermatose, que nous nous proposons d'étudier.

C'est en effet Bazin (1), qui, en 1852, donna le premier le nom « d'acné chéloïdique », à une tumeur d'aspect cicatriciel, indurée, siégeant à la nuque et développée à la suite d'acné polymorphe. Avec le sens clinique admirable qui frappe à chaque instant lorsqu'on lit les ouvrages de Bazin, celui-ci ne s'est pas seulement contenté de décrire l'acné chéloïdique et la chéloïde, mais encore il a entrevu et posé tous les termes du problème que l'on s'est efforcé de résoudre jusque dans ces dernières années, il a vu les rapports que, dans certains cas, la chéloïde affecte avec la scrofule ; puis, troublé par des observations discordantes, il a admis qu'elle pouvait offrir tout autant de rapports avec la diathèse arthritique, et, après en avoir fait une scrofulide, la plaça à côté des tumeurs « fibroplastiques et de la sclérodermie ».

Quelques années plus tard, un élève de Bazin, Vérité (2), faisait une communication à l'Académie de Médecine sur un cas « d'acné chéloïdique ». Reprenant et résumant la description classique de son maître, il rappelait la symptomatologie

(1) BAZIN. *Dictionnaire des sciences médicales*, par DÉCHAMBRE : Article Chéloïde p. 665, 1872.

(2) VÉRITÉ. Note lue à l'Académie de médecine 1882.

de cette affection, posait les éléments du diagnostic; discutait le traitement.

La même année, Besnier (1), dans la première édition de sa traduction magistrale des leçons de Kaposi, puis quelques années plus tard dans une communication faite aux réunions cliniques de l'hôpital Saint-Louis (2), enfin, en 1891, dans sa deuxième édition, des notes et des leçons de Kaposi, qui donnent tant de prix à cet ouvrage, apportait une contribution des plus importantes à l'étude de la dermatose que nous étudions, et qui d'« acné chéloïdique » devenait sous sa plume et définitivement « l'acné chéloïdienne ».

Sa symptomatologie est minutieusement et magistralement décrite dans tous ses traits principaux. Nous ne pouvons nous dispenser de rapporter ici les points principaux de cette description. « Son siège essentiel, non exclusif, est la région de la nuque... Elle débute par des papulo pustules péripiilaires tout à fait insidieusement, les éléments étant petits, superficiels. Dans l'évolution, on voit la papulo-pustule centrée par un poil, par un faisceau de poils, se sous-tendre rapidement d'une petite induration qui s'enfonce dans le derme, qui persiste et continue à progresser, bien que la régression de la lésion première ait cessé et qu'elle soit cicatrisée. Les sal-térations nodulaires voisines, coalescent par la base et forment des « nodus chéloïdiens » qui s'élèvent peu à peu au-dessus du niveau et constituent, après des mois et des années, des masses chéloïdiennes considérables, élevées de un ou plusieurs centimètres, pourvues de digitations radiculaires, parfaitement lisses et cicatricielles à la surface, présentant, sur

(1) BESNIER. Traduction française de KAPOSI: *Leçons sur les maladies de la peau*, par BESNIER et DOYON, tome II, année 1882. Note des traducteurs, page 36,

(2) « Acné pilaire cicatricielle, acné chéloïdienne de Besnier, chéloïde acnéique de Bazin, acné chéloïdique de Vérité ». *Réunions cliniques de l'Hôpital Saint-Louis*; année 1888-89. J'ai désigné cette affection autrefois, sous le nom de sycosis keloïdien de la nuque, voulant indiquer par là qu'il s'agissait d'une maladie du système pilaire, mais que je suis plus disposé à dénommer aujourd'hui, « Acné cicatricielle ou acné chéloïdienne ».

les bords, des bouquets de poils et des lésions papulo-pustuleuses, à tous les degrés de l'évolution...

« Les rapports cliniques de cette affection avec l'acné sont indéniables ; les sujets en présentent communément divers types sur d'autres régions et les malades atteints de la forme « acné pilaire » précédente, ont très souvent, à un léger degré, l'acné chéloïdienne de la nuque. Brocq en a fait la remarque sur des sujets soumis à notre observation commune ».

Etudiant ensuite l'anatomie pathologique, il résume un travail de Leloir et Vidal (1), d'après lequel l'acné chéloïdienne, dont les éléments sont de la nature de ceux des chéloïdes jeunes et vasculaires, est une péri-folliculite sébacéopilaire ; le tissu qui environne les follicules, au lieu d'aboutir à la suppuration, comme dans les folliculites ordinaires, tend à la formation d'un tissu scléreux.

Il résume aussi les conclusions d'un remarquable travail de Dubreuilh (2), pour lequel les lésions débutent toujours dans les glandes sébacées et, à leur pourtour, représentant des lésions d'acné et non de folliculites ; il apporte ainsi une justification anatomo-pathologique du terme d'acné chéloïdienne, puisqu'il s'agit d'une chéloïde véritable développée à la suite d'un acné.

Besnier et Doyon terminent en exposant l'incertitude où l'on était, sur la genèse de l'acné chéloïdienne (incertitude que les travaux ultérieurs n'ont, du reste, pas encore éclairci) et discutent la thérapeutique qu'ils proposent.

Ecoles étrangères.

Pendant que l'Ecole française, à la suite des travaux d'Alibert, de Vérité, de Besnier, arrivait à la conception de l'acné

(1) LOLOIR et VIDAL. De la chéloïde. *Annales de Dermatologie*, p. 206, t. I, 1890.

(2) DUBREUILH. Anatomie pathologique de l'acné chéloïdienne de la nuque. *Annales de la Polyclinique de Bordeaux*, p. 107 à 112, 1889.

chéloïdienne, telle que nous la possédons aujourd'hui, l'école viennoise décrivait parallèlement une affection à laquelle Hébra donnait le nom de « sycosis frambœsiforme », Kaposi celui de « dermatite papillaire du cuir chevelu », terme qui, de par le rayonnement de l'école de Vienne, au milieu du siècle dernier, se répandait et était adopté par les Ecoles anglaise, américaine et italienne.

C'est en 1869 que Kaposi (1) décrivit, pour la première fois, cette « dermatite papillaire du cuir chevelu » ; nous ne saurions mieux faire, pour bien poser les termes du problème que nous allons nous efforcer de résoudre, que de citer ici les traits principaux de la description du maître viennois (2) :

« Dans cette affection, il se forme, en premier lieu, à la nuque, à la limite de la nuque et des cheveux, des élevures grosses comme une tête d'épingle, d'abord isolées, mais qui, plus tard, deviennent confluentes, puis arrivent à se confondre en plaques très dures, pâles ou rougeâtres, ressemblant à des cicatrices chéloïdiformes, saillantes, en forme de plateau, sur lesquelles les cheveux paraissent serrés les uns contre les autres en aigrettes, tandis que d'autres points semblent complètement dépilés..., çà et là, on voit quelques petites pustules. »

Nous venons, nous semble-t-il, de résumer ici, sous la plume même de Kaposi, tous les traits essentiels de la symptomatologie de « l'acné chéloïdienne de la nuque » : formation de petites élevures isolées à la limite de la nuque et du cuir chevelu ; plus tard, confluence de ces lésions, formation de plaques dures, pâles ou rougeâtres que Kaposi lui-même ne peut mieux comparer qu'à des cicatrices chéloïdiformes avec dépilation.

Pour compléter l'analogie, nous retrouvons encore les che-

(1) KAPOSI. *Archiv für Dermatologie und Syphiligraphie*. 1869.

(2) KAPOSI : *Traduction française* de Kaposi par BESNIER et DOYEN. Tome II, 1^{re} édition 1878, page 280.

veux serrés sur certains points en aigrette et la persistance de petites pustules; que faut-il de plus pour reconnaître entre l'acné chéloïdienne de la nuque et la dermatite papillaire du cuir chevelu de Kaposi, plus qu'une simple parenté, mais une identité absolue?

Cette identité s'affirme encore plus nettement, et dans la même traduction de Besnier et Doyon, nous voyons Kaposi lui-même discuter la valeur du terme de « dermatite papillaire du cuir chevelu ». « La chéloïde acnéique de Roger (1), écrit le maître viennois, est sans doute analogue à la maladie décrite ici; mais cette dénomination ne convient que pour la période terminale du processus. »

L'opinion de Kaposi confirme ce que nous savons de l'affection qui nous intéresse, car nous n'ignorons pas que dès le début, il y a simplement acné, mais qu'à la période terminale, l'organisation chéloïdienne est presque réalisée ou du moins évolue dans ce sens.

Depuis cette description de Kaposi, que nous venons d'exposer, celui-ci est revenu à plusieurs reprises sur le même sujet. Ses contemporains ont souvent discuté la terminologie première que le maître avait donnée. Il nous paraît essentiel de soumettre aux lecteurs quelques-uns de ces travaux où l'on retrouvera des éléments intéressants pour la théorie que nous soutenons aujourd'hui.

Dans les *Archiv für Dermatologie* de l'année 1895, l'on retrouve le compte-rendu d'une *réunion de dermatologistes étrangers*, où Kaposi s'exprimait ainsi sur la dermatite papillaire du cuir chevelu :

« Cette maladie est très rare. Dans les premiers cas que j'ai

(1) ROGER. Ce que l'auteur rapporte à Roger « Acné kéloïde » *Path. Society of London*, Apr. 1884, in *Brit. med. journal* 1884, appartient à Bazin; Besnier en avait déjà donné la description longtemps auparavant. Voir trad. française de KAPOSI, par BESNIER et DOYON. Note des traducteurs 1^{re} édition, tome II, page 36, 1881.

décrits, les productions papillaires étaient mamelonnées, très accusées.

Le processus consiste essentiellement en ce que le tissu enflammé se transforme de très bonne heure en tissu conjonctif sclérosé, et dans ce sens les plus petites papules, celles tout à fait au début, qui forment plus tard les grands foyers, sont les papules essentielles. »

Cette conception de la transformation des papules d'acné polymorphe dont parle Kaposi en tissu sclérosé et qu'il considère comme papules essentielles, n'est autre que l'expression même des idées françaises à ce sujet.

En effet le caractère de confluence de ces papules, l'induration progressive et consécutive, sont bien les deux points les plus importants que nous relevons à la période du début et à la phase d'évolution chéloïdienne.

Dans cette même communication, Kaposi rapporte le résultat des essais de cultures qu'il a faites, et qui ont tous été négatifs ; il discute également l'opinion d'Erhman (1), sur la terminologie de cette affection et nous apprend que cet auteur après avoir voulu l'appeler « Folliculitis elephantiasica », a rejeté cette épithète et la désigne sous le terme de « Folliculitis scleroticans sycosis ».

Désormais la question est posée, et l'année suivante, les auteurs viennois et allemands, viennent à leur tour apporter le résultat de leurs recherches personnelles sur la dermatite papillaire du cuir chevelu de Kaposi. C'est dans l'anatomie pathologique de la lésion, que le P^r Lederman (2) cherche le véritable terme qui convient à cette maladie.

Ses travaux l'ont conduit à regarder le caractère « papillaire » de la lésion, comme un état secondaire, ce n'est pas pour lui le fait essentiel. « En ce qui concerne le type clinique et histologique de l'affection, écrit Ledermann, le nom

(1) EHRMANN. Annalysé in : *Annales de dermatologie et syphiligraphie*. 1895.

(2) LEDERMANN. Annalysé in : *Annales de dermatologie et syphiligraphie*, Année 1895.

de « *dermatitis cheloïdeæ nuchæ* » des Italiens conviendrait mieux, d'autant que le caractère papillaire n'est qu'un état accidentel. »

Cette opinion de Ledermann formulée en 1896, prend une importance considérable.

Il n'est pas douteux que cet auteur ait connu les travaux italiens qui ont traité de l'acné chéloïdienne de la nuque.

D'importantes recherches, en effet, sur les chéloïdes de la nuque, avaient été faites antérieurement en Italie, et, nous aurons l'occasion d'y revenir plus longuement, en étudiant l'historique des autres écoles étrangères. Citons déjà ici les mémoires de Secchi, Marcassi, Melle, Mibelli, Mantegazza, mémoires très importants, portant tous pour titre, « *Acné chéloïdienne de la nuque* ».

Avant d'abandonner l'école de Vienne, citons encore une discussion importante qui eût lieu en 1901, au cours d'une séance de la *Société viennoise de Dermatologie*, discussion soulevée par Kreibich. Celui-ci présentait un cas de « *dermatite papillaire du cuir chevelu* ». Ehrman revint sur l'opinion qu'il avait déjà émise et affirma de nouveau qu'au terme proposé par Kaposi, on devait préférer celui de « *sycosis scléreux* ».

Nous verrons du reste, dans les travaux modernes, l'école viennoise reconnaître et adopter la synonymie de la dermatite papillaire avec l'acné chéloïdienne de la nuque. Les disciples de Kaposi eux-mêmes, semblent donc aujourd'hui ne plus discuter l'identité des deux affections.

Travaux Modernes.

Des discussions du même ordre que celles que nous venons d'exposer avaient lieu dans les différentes écoles dermatologiques étrangères, devant lesquelles se posait le même problème d'identification qui avait agité l'école viennoise.

École italienne. — L'école italienne nous l'avons dit s'est signalée en particulier par de nombreux et importants travaux. Rappelons un travail de Marcassi (1) qui croyait découvrir dans l'acné chéloïdique de Bazin, des zooglées qu'il regardait comme pathognomoniques de cette affection; signalons surtout les mémoires fondamentaux de Melle, puis de Mibelli; nous ne reviendrons pas sur les chapitres d'histoire, de symptomatologie, et de diagnostic donnés par ces auteurs qui ne font que résumer tout ce qui précède. Leur apport personnel a trait surtout à l'anatomie pathologique et à la bactériologie.

Melle (2) en particulier, signale au sein de foyers d'infiltration lymphoïde groupés autour des glandes sébacées et des follicules pileux, de façon à former des folliculites et périfolliculites, la présence de cellules géantes isolées ou groupées.

Les différentes techniques bactériologiques qu'il a appliquées n'ont jamais permis de colorer aucun micro-organisme, ni dans l'infiltration granuleuse, ni dans les cellules géantes, sauf au niveau des organes sebacéo-pilaires où il a coloré des microcoques et des diplocoques.

Pour Mibelli (3), l'acné chéloïdienne est une chéloïde typique constituée par un tissu fibreux dense, sans fibres élastiques; elle succède à des efflorescences acnéiques qui se sont reproduites pendant de longues années sur un même point.

La lésion initiale est véritablement une acné, c'est-à-dire un processus phlogistique localisé dans l'appareil sebacéo-pilaire, processus au cours duquel Mibelli note également la formation de cellules géantes, et qui de ce fait, crée une

(1) MARCASSI. *Giorn. ital. d. malattie veneree e della pelle*. Fasc. v. octobre 1887.

(2) MELLE. *Etude clinique sur l'anatomie pathologique et bactériologique de l'acné chéloïdique de Bazin*. Milano 1891.

(3) MIBELLI. *Sul. chéloïda acnéico. Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle*. Décembre 1893.

ressemblance avec le granulome trichophytique de Maiochi. La présence de ces cellules prouve selon toute probabilité pour Mibelli, que la prolifération cellulaire, qui donne lieu au développement de la chéloïde, résulte de la présence d'un microorganisme spécial, sur la nature duquel l'auteur n'apporte du reste aucun éclaircissement.

Des théories analogues sont formulées sur la nature infectieuse de la chéloïde par Secchi et Mantegazza.

Secchi (1) signale la présence de parasites spéciaux, de Blastomycètes, mais Mantegazza (2) infirme ces travaux et rejette cette hypothèse.

École anglaise. — Dans l'école anglaise, nous nous bornons à signaler les travaux de Colcott Fox (3), de Douglas Heath, de Whitefield (4), de Ridley (5). En dehors de l'assimilation de la dermatite papillaire et de l'acné chéloïdienne qui occupe tous ces auteurs, insistons sur les recherches intéressantes de Douglas-Heath (6), touchant à l'anatomie pathologique. Il signale la présence de plasmazellen, de cellules géantes, qui lui paraissent rappeler l'histologie du lupus vulgaire, et conclut à la possibilité d'une double action du bacille de Koch associé au staphylocoque.

Ecole Américaine. — La question de l'identité de la dermatite papillaire de Kaposi et de l'acné chéloïdienne des Français avait également préoccupé les Américains.

Stelwagon (7), en particulier, a publié plusieurs observa-

(1) SECCHI. *Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle*, 1897.

(2) MANTEGAZZA. Del chéloïde, *Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle*, 1897.

(3) FOX. Dermat. de Kaposi. *J. of C. D.* octobre 1900. Page 460.

(4) WHITEFIELD. Acné keloïd. : *D. S. of London*. 14 octobre 1903.

(5) RIDLEY. Acné keloïd. : *D. S. of London*. 14 mars 1906.

(6) DOUGLAS HEATH. Acné keloïde : 72 meeting of the British medical Association in Oxford : 27 juillet 1904. *B. J. D.* octob. 1904. Page 337.

(7) STELWAGON. *Journal of cutaneous and genito-urinary diseases*. Juin 1893 p. 223.

tions sous le titre de « Dermatite papillaire de Kaposi ou acné chéloïdienne de la nuque ». Nous retrouvons, dans sa description, tous les caractères de l'acné chéloïdienne.

« Le siège de la maladie, dit-il, était la partie la plus inférieure du cuir chevelu; la lésion consistait en papules discrètes ou groupées, en papulo-tubercules et tuberculo-pustules, confluentes, serrées les unes contre les autres, constituant des élevures de la surface desquelles sortaient, çà et là, des touffes de poils irréguliers. Plusieurs éléments ont tout à fait l'aspect sycosiforme et l'affection a un aspect chéloïdien...; elle durait depuis trois ans... »

Cette description clinique répond à celle de notre acné chéloïdienne de la nuque et nous y retrouvons tous les signes principaux caractéristiques de cette affection.

L'opinion de Stelwagon confirme à nouveau ce que nous avons dit sur l'identité de ces deux affections.

Les autres travaux américains ont trait surtout à la thérapeutique.

Quelques années plus tard, en effet, Newton (1) et Tousey (2) essayaient, sur les chéloïdes du cou, les effets de la thiosinamine, en injections et par voie buccale, traitement qui leur donna quelques résultats heureux, mais, accompagnés parfois de douleurs très violentes.

Après Kienböck, dont nous exposerons les recherches plus loin, les Américains ont aussi appliqué la radiothérapie au traitement de l'acné chéloïdienne de la nuque.

Allen (3) présenta successivement, dans les années 1904-1905, plusieurs malades porteurs de chéloïdes de la nuque et d'acné hypertrophique et insista particulièrement sur les bons effets produits par les rayons X.

(1) NEWTON. *New York medical journal*, 20 mars 1897.

(2) TOUSEY. *New York medical Journal*, 6 novembre 1893.

(3) ALLEN a) *J. of C. D.* Mai 1904, p. 235.

b) *N. Y. D. S.* 23 mai 1905.

c) *J. of C. D.* juillet 1905, p. 315.

Davis (1), de Philadelphie, peu de temps après, confirma ces heureux résultats.

Ecoles Allemande et Viennoise. — Dans notre étude sur l'identité de la dermatite papillaire de Kaposi et de l'acné chéloïdienne de la nuque, nous avons arrêté notre historique à l'année 1901, préférant faire une place particulière aux travaux modernes postérieurs à cette époque.

Nous verrons, dans le chapitre de la radiothérapie, combien sont nombreux les auteurs qui se sont occupés du traitement de l'acné chéloïdienne par les rayons X. Citons, dès maintenant, Kienböck (2) qui réclame la priorité de l'application des rayons Röntgen à l'acné chéloïdienne de la nuque. Nous exposerons, en temps voulu, sa méthode et sa technique.

Freund, et plus récemment encore, Schultz, Schmidt et Wetterer, ont apporté de précieux résultats sur la valeur du traitement radiothérapeutique dans cette affection.

Des travaux nombreux et très importants ont également été publiés sur l'anatomie pathologique.

Guzman (3) a fait une étude bactériologique et histopathologique de cette affection.

Ses recherches microbiologiques ont été négatives; il a trouvé, dans les couches superficielles de la peau, des microbes variables, mais, dans les couches profondes, l'ensemencement n'a rien donné; de même, les inoculations aux animaux ont été négatives.

(1) DAVIS. Un cas d'acné chéloïde (*Philadelphia dermatological Society*), 15 janvier 1907. *J. of C. D.*, mars 1907, p. 127.

(2) KIENBÖCK. (Voir chapitre de la radiothérapie Freund, Schultz, Wetterer, id. Voir chapitre de la radiothérapie).

(3) GUZMAN. Anatomie pathologique de la dermatite papillaire de Kaposi. *D. Z.* mars 1905, p. 139.

Au point de vue histologique, cet auteur regarde l'acné chéloïdienne de la nuque comme étant d'origine infectieuse ; le début du processus commencerait dans les couches profondes du derme et serait complètement indépendant des appareils pilo-sébacés, c'est une tumeur d'origine infectieuse, influencée par les traumatismes.

Ehrmann et Fick (2) faisaient paraître un traité d'anatomie pathologique l'année suivante, dans lequel ils placent la dermatite papillaire de Kaposi près du sycosis ; les auteurs donnent d'ailleurs, à cette affection, le nom de « sycosis nuchae scleroticans », « dermatite papillaire de Kaposi ou kéloïd acné ».

Il est intéressant de remarquer que ces auteurs regardent les deux affections comme identiques.

Cette opinion, chez les dermatologistes viennois, s'affirme d'ailleurs, de plus en plus.

En effet, Jarisch, Matzenauer (1), dans l'historique de la dermatite de Kaposi, placent comme synonymes : « acné kéloïd (Bazin) ; dermatite papillaire (Kaposi) ; sycosis frambœsiforme (Hebra) ; nachen kéloïd ; (Unna Pellizari) ; folliculitis scléroticans (Ehrmann).

Jarish, Matzenauer considèrent cette affection comme « un néoplasme de tissu fibreux de caractère chéloïdien, qui se développe après une folliculite de la nuque » ; pour ces auteurs, la tumeur serait d'origine infectieuse. Ils rappellent de plus, les théories de Kaposi et d'Unna.

Le premier, ainsi que Ledermann, disent-ils, regarde le derme comme le siège de début de la lésion : « ce serait une affection inflammatoire chronique spéciale et idiopathique du tissu fibreux du derme ».

(2) EHRMANN et FICK. *Conpendium der speziellen Histopathologie der Haut*, Wien 1906, p. 43.

(1) JARISCH, MATZENAUER. W. Leipzig, année 1908, Alfred Halder.

Le second, avec Ehrmann, place, au contraire, le point de départ du processus dans les follicules eux-mêmes.

Dans une contribution à la connaissance de la Pathogénie des chéloïdes, Krzysztalowicz (1) considère ces dernières comme consécutives à une inflammation chronique de l'appareil pilo-sébacé en accordant un rôle important à la tuberculose; il regarde en outre l'acné chéloïdienne des français comme identique aux autres affections connues sous les noms divers qu'Hébra, Kaposi, Ehrman, etc., ont donnés pour synonymes.

Ecole Française. — Dans la première partie de l'historique, nous avons arrêté notre bibliographie à l'année 1891 avec Leloir, Vidal et Dubreuilh. Nous groupons dans cette deuxième partie les auteurs modernes. Dans la *Pratique dermatologique*, nous trouvons à l'article « Acné chéloïdienne », un important travail de M. Thibierge (1). Il regarde comme identiques la dermatite papillaire de Kaposi et l'acné chéloïdienne des français, et admet comme synonymes, la dermatite papillaire du cuir chevelu de Kaposi : acné chéloïdique de Bazin, chéloïdienne de Lailler; sycosis chéloïdien, chéloïde acnéique de la nuque de Besnier; mais il propose de rejeter le terme de dermatite de Kaposi qui lui semble impropre... « La désignation de dermatite papillaire du cuir chevelu n'a jamais été en faveur en France, et ne mérite à aucun titre d'être admise, car elle n'est exacte ni au point de vue clinique, ni au point de vue histologique.

Avec l'*Anatomie topographique des maladies de la peau* de Sabouraud (3), nous retrouvons encore les idées de l'école

(1) KRZYSZTALOWICZ (Ein Beitrag talo der Pathogenese der keloïde).

Monatschefte für praktische dermatologie (1^{er} novembre 1909, Page 381.

(2) THIBIERGE. *Pratique dermatologique* (acné chéloïdienne).

(3) SABOURAUD. *Anatomie topographique des maladies de la peau*. Masson, édit. Paris 1905.

française et celles toujours très personnelles et très claires de l'auteur. Il établit un rapport constant entre la séborrhée du visage et l'infection séborrhéique de la nuque. Après un premier stade, d'acné pustuleuse ou furonculaire, les éléments en devenant cohérents, constituent ce que Sabouraud regarde comme un *sycosis de la nuque*, rappelant par tous ses caractères le sycosis de la bouche et, qui s'accompagne souvent, au stade d'état, d'une bande chéloïdienne, le tout se développant progressivement par le haut, tandis que le bas guérit par cicatrice. Le traitement consiste donc pour lui dans l'emploi des antiséborrhéiques et en particulier du soufre, dans l'épilation, moyen auxquels, exceptionnellement, on ajoutera les scarifications linéaires quadrillées.

Dans les dernières années, les travaux de l'école française ont porté surtout sur la thérapeutique des chéloïdes, en demandant aux méthodes nouvelles des résultats plus heureux et surtout plus constants que ceux donnés par les anciens procédés. Nous citerons seulement ici quelques auteurs, nous proposant de revenir plus longuement sur cette partie de la bibliographie dans notre chapitre de thérapeutique.

C'est tout d'abord Derville qui s'adresse à l'électricité statique, puis Brocq (1), qui met au point le traitement par l'électrolyse.

Peu de temps après, Bénard (2) essaie les pulvérisations d'eau de Saint Christau, et Balzer reprend les injections d'huile créosotée préconisée déjà par Pierre Marie.

Enfin, nous arrivons à l'introduction de la radiothérapie dans le traitement de l'acné chéloïdienne. Citons dès maintenant les noms de Belot (3) et Haret, Fleig, Bordier, Gaston,

(1) BROCC. *Annales d'électrobiologie*, 15 janvier 1899.

(2) BENARD. *Annales d'Hydrologie*, 1902.

(3) BELOT, HARET, etc.

Voir Chapitre de la thérapeutique.

Laquerrière, de même que Wicham, Degrais, Octave Claude, pour la radiumthérapie.

Enfin tout récemment viennent de paraître les livres classiques de Brocq, Darier, du professeur Gaucher et de Dubreuilh. M. le Dr Brocq (1) classe l'acné chéloïdienne de la nuque dans les acnés monomorphes, et donne une description magistrale de cette affection.

Darier (2) considère cette maladie comme d'origine microbienne probable; l'histologie montre que « l'inflammation folliculaire est ici fibrogène, hypertrophiante ».

Le professeur Gaucher (3), regarde l'acné chéloïdienne, comme « une acné pileaire, dans laquelle l'inflammation folliculaire et périfolliculaire, aboutit à une induration profonde et fibreuse du derme, ressemblant à une chéloïde », et préconise la radiothérapie.

Dubreuilh (4) a étudié particulièrement cette maladie, il en fait une affection « exclusivement masculine ». Son début se fait par une « lésion franchement acnéique, par une inflammation de la glande sébacée et de la partie voisine du follicule ».

« La tumeur, est formée de faisceaux fibreux irréguliers, contenant dans leurs interstices, des nids et des traînées de cellules rondes, en somme, la structure d'une chéloïde habituelle. » Nous nous réservons de reprendre la discussion de cette assertion au chapitre de l'anatomie pathologique.

En somme, comme on a pu s'en convaincre par le rapide résumé que nous venons de faire de tous ces travaux, même les plus récents se sont bornés à décrire plus ou

(1) BROCC. *Traité de dermatologie*, tome 1^{er}, page 845 (1909).

(2) DARIER. *Précis de dermatologie*, page 371.

(3) GAUCHER. *Maladies de la peau*, 1909. P. 189.

(4) DUBREUILH. *Précis de Dermatologie*. Acné chéloïde. Page 504 (1909).

moins minutieusement les lésions cliniques, à proposer des méthodes thérapeutiques qui ont varié, suivant l'époque, des topiques simples employés de tout temps, aux procédés physiothérapiques les plus modernes. Quelques-uns, poussant plus loin l'analyse, ont étudié l'anatomie pathologique des lésions, et s'appuyant sur leurs recherches, ont proposé tantôt de considérer l'affection comme une folliculite sclérosante, tantôt comme une chéloïde vraie. Mais la nature vraie de l'affection, sa pathogénie exacte, la présence ou l'absence d'un agent microbien ou parasitaire, spécifique, autant de questions qui restent encore en suspens.

CHAPITRE PREMIER

ETIOLOGIE

L'acné chéloïdienne de la nuque n'a pas une étiologie bien nette, et, rechercher les causes de cette affection est montrer l'ignorance que nous avons de sa nature. On ne trouve aucune cause dominante. Son *début acnéique*, sa *localisation à la nuque*, sa *ressemblance avec les chéloïdes* sont les trois faits qui ont incité les auteurs à lui donner le nom qu'elle porte.

Disons tout de suite que c'est une affection qui sans être rare n'est cependant pas des plus fréquentes. Dans le service de M. Brocq à l'hôpital St-Louis, où le mouvement des malades est considérable, nous avons relevé seulement une dizaine de cas au cours de nos deux années d'externat.

Sexe(1). — Les hommes semblent particulièrement atteints. Dans les littératures française et étrangères, aucune observation ne relate un cas d'acné chéloïdienne de la nuque chez la femme.

(1) DUBREUILH, *Précis de Dermatologie*, Paris, 1909, p. 503. « C'est une affection exclusivement masculine. »

Tous les malades que nous avons personnellement observés sont des hommes. Faut-il voir un effet du frottement du col porté aujourd'hui par tous les individus ? Faut-il voir seulement une disposition particulière des cheveux à la nuque chez l'homme ? Il est évident que la limite des cheveux chez la femme présente une particularité que nous croyons devoir signaler. Tandis que chez l'homme les cheveux sont fournis, serrés et recouvrent sur une large surface la région de la nuque et surtout tombent sur celle-ci, chez la femme, au contraire, les cheveux ont une disposition inverse, disposition dépendant de la coiffure ; ils sont relevés et laissent la nuque à découvert, de plus ils sont moins fournis et moins serrés.

Cette disposition, différente dans les deux sexes, a-t-elle quelque influence ? Intervient-elle dans un cas pour favoriser l'infection de la nuque et dans l'autre pour l'en préserver ? Nous signalons ce petit détail dont le rôle pourrait être cependant d'une certaine importance. L'acné chéloïdienne de la nuque est donc une affection essentiellement masculine.

Race. — Les auteurs étrangers regardent la race colorée comme plus susceptible de faire de la chéloïde et particulièrement de l'acné chéloïdienne. Stelwagon (1) sur six cas d'acné chéloïdienne en a observé deux chez des nègres ; ces individus étaient frères.

Autre part, Ridley (2) en signale un cas chez un nègre africain, et, insiste à nouveau sur l'existence fréquente de chéloïdes chez les races colorées.

Dans une étude clinique Mibelli (3) remarque de son côté la facilité qu'ont les nègres à faire des chéloïdes, et

(1) STELWAGON, *Journal of cutaneous diseases* : juin 1893, page 233.

(2) RIDLEY. Acné kéloïde, *D. S. of L.*, 14 mars 1906, *P. S. D.* avril 1906, page 150.

(3) MIBELLI. *loc. cit.*

particulièrement de l'acné chéloïdienne. A ce propos il rapporte une observation d'Hardaway d'un cas de chéloïde acnéique chez un nègre.

Personnellement nous n'en avons pas observé des chez individus de races colorées.

Age. — C'est en général entre vingt et quarante ans que se développe l'acné chéloïdienne avec maximum vers la trentaine. C'est à l'époque où les glandes et l'appareil pilo-sébacé atteignent leur plus grand développement, que se manifestent les premières poussées.

Siège. — Ce caractère est de toute importance, puisqu'il caractérise l'affection. Pourquoi la nuque est-elle toujours atteinte ? Nous ne pouvons répondre d'une façon précise ; mais il semble qu'on puisse faire entrer en première ligne, l'influence du frottement répété du faux-col.

Celui-ci, en effet, détermine constamment des petites éraillures sur la peau, éraillures minuscules, mais qui constituent néanmoins des portes d'entrée pour l'infection.

Ce traumatisme incessant peut dans une certaine mesure, favoriser non seulement l'infection mais aussi les formations chéloïdiennes, suivant un mécanisme ressemblant peut-être un peu à celui qui produit la lichénification secondaire. Peut-être dans l'acné chéloïdienne, existe-t-il un processus semblable ? Peut-être, y a-t-il plus ? C'est même certain : l'infection joue un très grand rôle, mais il ne faut pas oublier que le sujet réagit et que le terrain joue un rôle non moins important. Quoiqu'il en soit, les cheveux les plus bas situés, semblent toujours être les premiers atteints. C'est donc dans l'infection des appareils pilo sébacés qu'est l'origine du processus qui doit aboutir à la formation chéloïdienne.

Le siège est donc constant (1) au niveau de la nuque, et l'organisation chéloïdienne localisée semble suivre toujours une même évolution, c'est-à-dire : *marche ascendante vers la région supérieure du cuir chevelu ; au contraire état stationnaire dans la région dépourvue de poils* (nous voulons dire dans sa partie inférieure).

On assiste à la formation d'un bourrelet recouvrant la nuque et évoluant au niveau du cuir chevelu.

Profession. — Nous avons rencontré l'acné chéloïdienne chez des sujets de professions variées, il semble que ce caractère n'a aucune influence.

Tempérament. — L'acné chéloïdienne évolue de préférence chez les sujets bien constitués. Chez tous nous trouvons un fond de séborrhée et presque toujours il existe sur un autre point du corps des éléments d'acné polymorphe.

Il semble donc que le terrain joue un certain rôle. Les porteurs d'acné chéloïdienne présentent un cou volumineux, assez court, rouge rosé, à peau épaisse. Leurs poils sont blonds très souvent ; nous insistons sur la coloration des cheveux, car les beaux cas d'acnés chéloïdiennes que nous avons observés, s'étaient développés chez des sujets très blonds.

Il est remarquable de constater que tous sont de gros mangeurs et ne semblent pas avoir leur tube digestif en mauvais état.

L'Hérédité, le passé morbide ne paraît jouer aucun rôle dans la production de l'acné chéloïdienne.

Tous ces caractères particuliers aux malades atteints de cette affection sont intéressants à noter, parce qu'ils se retrouvent presque constamment, mais à eux seuls ils ne constituent pas un ensemble susceptible d'être regardé comme « cause ».

(1) DUBREUILH. *Précis de Dermatologie*, p. 503. « Beaucoup plus rarement la maladie siège sur les parties latérales du cou et les régions maxillaires. »

Il y a des faits qui échappent, des causes insaisissables.

La pathogénie comme on le verra, est obscure et en l'état actuel de nos connaissances on se trouve réduit à faire des hypothèses plus ou moins plausibles. Pathogénie et étiologie sont intimement liées entre elles, et ni l'une ni l'autre ne nous donnent une idée exacte du mécanisme et de la cause de la maladie.

Existe-t-il un agent morbide particulier ? C'est vraisemblable. Nous en parlerons en temps voulu.

CHAPITRE II

SYMPTOMATOLOGIE

L'acné chéloïdienne a des caractères bien définis, quand son évolution est terminée, c'est-à-dire, quand la lésion est constituée et organisée en tumeur chéloïdienne. Mais ce n'est pas d'emblée qu'elle atteint cette phase terminale qui lui a valu son nom ; pour atteindre ce stade ultime, la lésion a subi une évolution d'une durée très variable et c'est insensiblement que la transformation chéloïdienne s'est opérée.

Nous croyons donc nécessaire d'examiner l'affection aux stades les plus marquants de son évolution ; nous les avons groupés et résumés en trois grandes phases, qui semblent constituer les époques les plus caractéristiques de la dermatose. Nous ne nous dissimulons pas cependant que cette division est un peu schématique ; car, d'un stade à l'autre, il existe toute une série de faits de passage. Nous avons adopté la division suivante :

Premier stade ou période de début, stade purement acnéique ou furonculaire, auquel nous donnons le terme de *pré-chéloïdien*.

Deuxième stade ou stade de transformation : les éléments acnéiques ou furonculaires ont tendance à s'agglomérer, le tissu devient chéloïdien, c'est le stade d'évolution *chéloïdienne*. *

Troisième stade. C'est au cours de cette dernière phase que se constitue la lésion typique, et que l'affection atteint les caractères qui ont servi à définir la maladie elle-même. La tumeur est formée : l'organisation chéloïdienne est presque complète, quelques rares éléments acnéiques et furonculeux existent et demeurent pour expliquer l'origine et la nature de cette affection..., en un mot, cette phase représente le tableau classique de l'*acné chéloïdienne typique de la nuque*.

PREMIÈRE PÉRIODE.

Stade pré-chéloïdien.

Cette phase initiale représente le début même de l'affection; elle est essentiellement caractérisée par la présence d'éléments acnéiques ou furonculeux, en plus ou moins grande quantité et dont le siège est en-dessous de la limite naturelle des cheveux.

Il est très rare que le sujet vienne consulter à cette période de début, il supporte en général son acné ou sa furunculose de la nuque pendant un certain temps et ne s'inquiète de son affection qu'au moment où elle prend un autre caractère.

Cependant, lorsqu'on peut observer un cas dès la période initiale, on voit que la dermatose est toujours caractérisée à ce stade par des éléments acnéiques et furonculeux purs.

Ils sont de nombre variable, disséminés, tout en restant dans un espace bien limité plus ou moins gros, souvent centrés par un poil et entourés d'une croûte. Ils laissent sourdre une gouttelette de pus quand on enlève la croûte ou le poil et que l'on presse sur l'éminence acnéique ou furonculeuse. Celle-ci n'est jamais très volumineuse et

n'a pas les dimensions d'un furoncle vrai, isolé ; elle est intermédiaire comme forme au petit furoncle avorté et à la grosse pustule d'acné.

À côté de ces éléments en activité, on relève quelques cicatrices, vestiges d'éléments disparus. Quelquefois même, il arrive de constater la présence d'élevures d'aspect blanchâtre, coniques, de consistance fibreuse ; d'autres, au contraire, semblent commencer et présentent l'aspect d'éléments jeunes, enflammés, centrés par un seul poil et entourés d'un halo rouge, rosé.

Les premiers sont durs au toucher, ne gardent pas l'empreinte du doigt auquel ils offrent de la résistance ; comprimés, ils ne laissent sourdre aucune matière et ne sont pas douloureux ; les seconds sont, au contraire, légèrement chauds, et douloureux ; l'érythème disparaît sous la pression pour se reformer aussitôt, la zone qui les entoure présente les mêmes caractères. En un mot, les premiers sont des reliquats d'éléments anciens, inhabités, non infectés, et présentant un début d'évolution chéloïdienne ; les seconds, au contraire, sont habités, infectés, au début de leur évolution.

Il existe donc un processus continu ; des éléments *naissent*, se *développent* et se *transforment*. On conçoit, dès lors, que si aucun traitement ne vient arrêter cette évolution, la nuque qui est le siège de cette infection constamment renouvelée, va prendre un aspect anormal et se couvrir d'élevures indurées, reliquats d'éléments en activité, à côté de nouveaux éléments jeunes ou en pleine maturité.

La durée de cette évolution est variable et dépend de nombreux facteurs ; elle peut être exagérée ou, au contraire, retardée.

Elle peut subir un coup de fouet, si le malade fait des excès, elle peut continuer son évolution, s'il ne suit pas de traitement, au contraire, s'arrêter, si le sujet prend des soins d'hygiène et se soumet à une bonne thérapeutique.

La persistance d'éléments infectés, leur transformation cicatricielle, leur tendance à l'agglomération amènent insensiblement la dermatite à prendre l'aspect qui caractérise sa deuxième phase.

DEUXIÈME PÉRIODE.

Stade d'évolution chéloïdienne.

Il est rare de voir dans la clientèle d'hôpital des malades à la première phase ; ils ne consultent pas en général pour quelques boutons acnéiques ou furonculeux de la nuque.

Ce n'est qu'à partir du moment où la durée et la persistance de l'infection ont déterminé non seulement la formation de tumeurs plus ou moins apparentes, mais une gêne fonctionnelle, que l'on observe la plus part du temps les malades.

Le début remonte alors à cinq, dix, quinze ans et plus ; le patient a eu successivement des poussées de petits boutons à la nuque, poussées acnéiques ou furonculeuses, entrecoupées de rémissions ; ce n'est qu'au bout d'un certain temps que, lassé de la persistance continue de cette infection, inquiet des grosseurs survenues progressivement à la nuque, il se décide à venir consulter et à suivre un traitement sérieux.

Naturellement, il a absorbé au préalable tous les dépuratifs possibles et appliqué souvent de nombreuses pommades, sans aucun succès.

Caractères cliniques : Ce stade est essentiellement caractérisé par la présence, au niveau de la limite naturelle des cheveux, d'une tumeur, plus souvent de deux, rarement de plus de trois.

Chacune de celles-ci, toujours plus longue que haute, étendue dans le sens transversal, d'aspect chéloïdien, forme un bourrelet, dont le versant inférieur, lisse, descend en pente douce et se confond peu à peu avec la peau saine, tandis que le bord supérieur, plus abrupt présente des points infectés, centrés par des bouquets de poils.

Saisie à pleine main la peau de la nuque est épaisse, dure ; il semble que l'on ne puisse la mobiliser, dans certains points on a l'impression de toucher des nodosités ligneuses.

Tels sont les caractères principaux que l'on perçoit tout d'abord. Mais si on examine en détail les lésions, on remarque que d'après l'importance plus ou moins grande des foyers d'infections on peut, suivant l'expression de M. Pautrier, distinguer deux cas :

1° Les *chéloïdes habitées* présentant des foyers d'infection encore en activité ;

2° Les *chéloïdes non habitées* constituant la ou les tumeurs vraiment chéloïdiennes où l'on ne trouve plus que des reliquats minimes d'infections locales.

1° CHÉLOIDES HABITÉES. — Nous nous expliquons sur ce mot : ignorant la nature réelle de l'acné chéloïdienne de la nuque, nous appelons chéloïdes habitées les tumeurs encore incomplètement chéloïdiennes et caractérisés essentiellement par la présence d'un ou de plusieurs éléments infectés, centrés par un ou plusieurs poils entourés d'une croûte à leur base.

Disons tout de suite que plus l'affection est de date récente, plus les tumeurs sont petites et plus les chéloïdes habitées sont nombreuses.

Ces éléments acnéiques ou furonculeux siègent presque toujours sur le bord supérieur de la tumeur, presque dans le cuir chevelu. Il est très rare de les observer sur le versant inférieur de la tumeur.

Ils sont essentiellement caractérisés par une papulo-pustule assez grosse, conique, présentant au centre un poil et presque toujours plusieurs, qui constituent ce que Kaposi, Besnier, Vidal, Brocq, Darier, etc., appellent, « les bouquets de poils en forme de pinceaux ».

Comme ce nom l'indique, les poils sont implantés perpendiculairement et serrés les uns contre les autres au centre même de la papule ; leur implantation est profonde et à la base se trouvent des croûtelles jaunâtres. Ces poils sont plus épais, plus raides qu'à l'état normal.

Ils sont fragiles, mais se laissent arracher sans se briser avec la pince à épiler ; à la partie inférieure, ils sont collés les uns contre les autres et entourés d'une matière jaunâtre.

Si l'on enlève à la curette la croûtelles qui se trouve au centre de la papulo-pustule, on met à nu un orifice d'où s'échappent quelques gouttelettes de pus ; explorant avec un stylet cet orifice, on s'aperçoit qu'il livre accès à une véritable petite cavité.

Le nombre des chéloïdes habitées et des folliculites coexistantes, est comme nous l'avons dit presque toujours en rapport avec la date de l'affection ; quand elles sont très nombreuses elles donnent à la nuque un aspect sycosiforme, trychophytique, frambésiforme comme le dit Hebra ; elles peuvent simuler assez grossièrement un Kérion.

Le signe important est donc constitué par des papulo-pustules centrés par un et presque toujours plusieurs poils, disposés en bouquets, le tout siégeant sur une tuméfaction plus ou moins étendue et déjà de consistance presque fibreuse.

2^o CHÉLOÏDE INHABITÉE ou *tumeur proprement dite*. — La chéloïde inhabitée constitue la tumeur chéloïdienne, ne présentant plus que des reliquats minimes d'infection

locale. Elle représente la période ultime de l'affection. Elle résulte de la transformation lente des éléments du début ; sa ressemblance avec la chéloïde vraie s'accroît.

Sa coloration est rouge rosée, elle est d'aspect nettement cicatriciel, sa surface est lisse et nacré.

Elle a la forme d'un bourrelet dont le maximum d'élévation est au centre.

Au toucher on a l'impression d'une tumeur ligneuse, et l'induration s'étend même aux plans sur lesquels elle repose.

Ce n'est plus que sur le bord supérieur que l'on trouve encore des pinceaux de poils, des croûtelles, quelques rares pustules en activité, représentant la zone d'extension, qui suit toujours une marche ascendante.

Plus il y a de chéloïdes inhabitées, plus la date de l'affection de la nuque est ancienne. Cependant, au fur et à mesure de l'évolution de l'affection, les nodosités ont toujours tendance à s'agglomérer.

C'est ainsi qu'au stade initial les petites nodosités indurées peuvent être nombreuses.

Au second stade, qui nous occupe, on ne trouve plus en général que deux ou trois tumeurs, deux bilatérales et une médiane.

Enfin ces dernières peuvent à leur tour confluer, et donner naissance à une seule tumeur transversale, pouvant occuper toute la partie médiane et une partie des régions latérales de la nuque. Nous en arrivons alors à la troisième période.

TROISIÈME PÉRIODE.

Stade terminal. L'évolution chéloïdienne est complète.

L'acné chéloïdienne a alors atteint son complet développement, et ce stade n'est que l'exagération du précédent : les tumeurs ont grossi, se sont fusionnées, ou sont restées

disséminées, ce qui est plus rare; mais le fait capital c'est la disparition presque complète de l'élément acné, l'élément chéloïdien prenant alors toute l'importance.

L'affection peut rester stationnaire, les tumeurs formées ne se développent plus et semblent avoir atteint leur apogée. Dans quelques cas exceptionnels (et il nous a été donné d'en examiner un dont l'observation n'a pu être prise) des éléments infectés peuvent persister et même s'exaspérer ultérieurement sur le rebord supérieur d'une volumineuse tumeur chéloïdienne qui continue à gagner le cuir chevelu.

§ 2. — Symptômes subjectifs et généraux

Ce qui frappe chez les sujets porteurs d'acné chéloïdienne, c'est la parfaite conservation de l'état général.

Ce sont des individus bien constitués, robustes même.

Ils n'éprouvent pas de douleurs réelles au siège des lésions. Quand l'infection est assez prononcée, ils accusent quelques élancements. Le symptôme le plus désagréable chez eux, est la sensation de dureté, le manque d'élasticité de la peau qui entrave les mouvements de latéralité et surtout de flexion de la nuque.

Certains auteurs ont signalé de véritables douleurs spontanées au siège même de la tumeur; les malades que nous avons observés n'ont pas accusé de sensations semblables; nous n'avons pas non plus trouvé de phénomènes douloureux, névralgiques. En tout cas, ces phénomènes sont loin d'atteindre les sensations désagréables et pénibles des chéloïdes vraies ou cicatricielles.

La santé générale ne semble pas altérée; nous ne trouvons pas de fièvre, pas de température.

Les différents appareils ne sont point lésés, nous avons cependant constaté un certain degré de nervosisme chez

plusieurs de nos malades. La plupart étaient de gros mangeurs, et beaucoup présentaient des troubles digestifs.

Tous étaient séborréiques et acnéiques. L'un deux, le malade de l'observation C..., était porteur d'une acné intense du thorax.

Chez aucun de nos malades, nous n'avons relevé d'antécédents tuberculeux et syphilitiques. Ils ne présentaient dans aucune autre région du corps, de chéloïdes, malgré la présence d'éléments acnéiques disséminés.

§ 3. — Evolution.

La division en trois stades que nous avons introduite dans la symptomatologie fait prévoir les caractères de la marche de cette affection.

Laissée à elle-même, elle progresse lentement, et sa marche est toujours ascendante : ce fait est constant et constitue une loi : *Tandis que la partie inférieure de la tumeur ne progresse pas et reste stationnaire, la région supérieure, au contraire, en rapport avec le cuir chevelu, continue son évolution.* C'est cette région, où des folliculites se produisent, se succèdent les unes aux autres, qui représente la zone d'extension ; aux folliculites succédant le tissu induré fibreux qui accroît peu à peu le volume de la chéloïde.

Certaines causes peuvent modifier ce développement. Nous ne parlons pas des traitements, mais seulement des causes internes et externes. Ainsi les excès de boissons, le mauvais état du tube digestif, l'absorption des aliments contraires à tous les séborréiques sont certainement des facteurs importants qui hâtent la marche de l'acné chéloïdienne. Mais c'est surtout aux agents extérieurs qu'il faut imputer le progrès de l'évolution. Nous voulons parler des germes apportés par les poussières, ou bien par le manque de propreté et le défaut d'hygiène du malade.

Ce qui semble particulièrement perpétuer la marche de l'acné chéloïdienne, c'est le port du faux-col, et, le frottement continu qu'il exerce au niveau de la tumeur. Presque toujours les malades portent de très hauts faux-cols pour cacher leur affection; on comprend dès lors combien devient facile la dissémination microbienne. C'est vraisemblablement cette influence du faux-col qui pourrait peut être expliquer en partie pourquoi les hommes seuls sont atteints.

La lésion évolue en somme tant que se produisent les éléments acnéiques que l'on peut considérer comme les aliments nécessaires à la transformation chéloïdienne.

§ 4. — Pronostic.

Le pronostic de l'acné chéloïdienne découle de l'évolution.

Certains auteurs ont signalé des regressions spontanées de chéloïdes. Nous ne croyons pas que ce processus puisse s'appliquer à l'acné chéloïdienne. Cette dernière affection est très différente de la chéloïde. Le terrain qui lui sert de base est trop facilement infecté par les folliculites qui peuvent se produire sans cesse, et alimenter ainsi la lésion elle-même.

Tout au plus pouvons-nous dire que les tumeurs chéloïdiennes peuvent se maintenir stationnaires, si le malade a une hygiène convenable et observe un régime relativement sévère.

Nous concluons en disant que l'acné chéloïdienne n'a que rarement tendance à regresser spontanément comme les chéloïdes ordinaires, quelquefois elle peut ne pas augmenter, mais, souvent, *elle continue son évolution lente à marche ascendante.*

CHAPITRE III

ACNÉ CHÉLOIDIENNE EN DEHORS DE LA NUQUE OU CHÉLOIDES SUR ACNÉ.

Nous venons de décrire les différents symptômes et les stades successifs de l'acné chéloïdienne de la nuque. Une question se pose maintenant : ces lésions sont-elles toujours exclusivement localisées en cette région ? Ne peuvent-elles siéger que sur cette seule partie du corps ? Ou peut-on au contraire les rencontrer en d'autres points du tégument ? En un mot, existe-t-il une acné chéloïdienne qui ne soit pas de la nuque ?

Si l'on parcourt les classiques dermatologiques français et étrangers, aux chapitres acné et chéloïde, il semble que la plupart d'entre eux, regardent l'acné polymorphe comme susceptible de faire très facilement de la chéloïde. Certains auteurs vont même plus loin : Denneriaz dans sa thèse, Dubreuilh dans son travail sur l'anatomie pathologique de l'acné chéloïdienne, admettent que la chéloïde aurait presque toujours son point de départ dans un élément acnéique. Il semble donc qu'il s'agisse là d'un fait établi et bien démontré. Et cependant, si l'on compulse la littérature dermatologique, on s'aperçoit avec étonnement, quelle ne contient que peu ou pas d'observations établissant d'une façon indiscutable la possibilité du développement de chéloïdes sur l'acné.

Nous avons été frappé de cette contradiction, et, nous demandant si la chéloïde sur acné est un fait banal comme

semblent le vouloir certains auteurs, ou si elle est au contraire une rareté, nous nous sommes livrés à une enquête, auprès d'un certain nombre de dermatologistes français.

M. Brocq ne rejette pas la possibilité d'une formation chéloïdienne sur acné : dans sa longue carrière médicale, il en a vu quelques cas. La poitrine et en particulier la région sternale, en étaient presque toujours le lieu d'élection. Mais pour lui, l'association de ces deux affections n'est pas un fait très fréquent.

M. le Pr Gaucher la considère également comme très rare ; il en a néanmoins observé quelques cas indiscutables.

M. Sabouraud est plus exclusif, et n'admet pas comme point de départ d'une chéloïde, un élément acnéique ; quand elle existe, la pustule a joué le rôle d'un traumatisme, elle a été un point d'appel.

M. Darier, dans son précis de dermatologie, admet que les chéloïdes, de même qu'elles peuvent être consécutives à un traumatisme : excoriation, vaccine, vésicatoire, etc., peuvent également succéder à des furoncles ou à des pustules d'acné. Dans ces derniers cas cependant, ajoute-t-il, « les chéloïdes sus acnéiques, disséminées sur le thorax et sur la figure, n'ont rien de commun avec l'affection appelée acné chéloïdienne. »

M. Bodin admet la possibilité de formations chéloïdiennes sur acné du corps, mais la considère comme très rare.

M. Belot nous a déclaré avoir soigné deux cas de chéloïdes pré-sternales qui coexistaient d'une façon manifeste avec des éléments acnéiques voisins.

M. Pautrier a également observé et soigné deux cas de chéloïdes pré-sternales, chez deux jeunes femmes, chéloïdes vraies, mais qui paraissaient, d'une façon certaine, s'être développées au niveau de pustules d'acné dont on retrouvait encore quelques-unes au voisinage.

Nous n'avons trouvé d'autre part, dans la littérature dermatologique, que deux observations ayant trait à l'association morbide qui nous occupe.

La première, due à Denneriaz (1) se rapporte à un cas d'acné chéloïdienne du thorax : il s'agissait d'une énorme chéloïde de 23 centimètres de longueur sur 10 de large, s'étendant de la région sternale au creux axillaire et qui, d'après l'auteur, était consécutive à des pustules d'acné. Le malade sujet à cette affection, avait en effet remarqué que parmi les pustules, il y en avait qui se développaient plus que d'autres, qui devenaient dures, lisses, d'un rouge vif; peu à peu elles s'étaient agrandies et réunies sur la poitrine pour former le grand placard que nous venons de citer. Fait remarquable, le malade avait subi en d'autres points du corps plusieurs opérations, plusieurs incisions chirurgicales, qui toutes avaient guéri sans devenir chéloïdiennes. Le sujet n'était donc pas, de par son tempérament, spécialement prédisposé aux chéloïdes, et il semble bien, dans ces conditions, qu'au niveau du thorax ses boutons d'acné dussent être réellement mis en cause.

La seconde est due à Leredde et Pautrier (2).

Il s'agissait d'une jeune fille de 22 ans, présentant 18 tumeurs chéloïdiennes, disséminées sur les épaules et sur le sternum, tumeurs dont les plus volumineuses atteignaient jusqu'à 6 centimètres de long sur 4 de large.

Certaines d'entre elles paraissaient consécutives à la vaccination ou à des traitements malheureux à la teinture d'iode et au galvanocautère. Mais, sur tout le dos, sur les épaules et sur le devant de la poitrine, on observait de l'acné à petits éléments : pustulettes minuscules et tout petits comédons. Sur le sternum, à côté de deux tumeurs déjà formées,

(1) DENNERIAZ. Thèse de Berne, 1888, page 10, et *Revue médicale de la Suisse romande*, 1887, page 447.

(2) LEREDDE et PAUTRIER. *Revue pratique des maladies cutanées, syphilitiques et vénériennes*, mars 1904.

on trouvait un petit élément qui semblait représenter un stade intermédiaire entre les lésions d'acné et les plus petites tumeurs : il s'agissait d'une petite saillie minuscule en forme de barre, ayant un demi-centimètre de long sur trois millimètres de large, formant une saillie indurée, de coloration rougeâtre et qui paraissait résulter de la confluence de lésions acnéiques ; elle était, du reste, située au milieu de lésions d'acné franche.

Il semble donc résulter, d'une façon indéniable, que, dans certains cas, l'acné du tronc, plus particulièrement, l'acné de la région sternale, puissent devenir le point de départ de chéloïdes vraies.

Comment celles-ci doivent-elles être interprétées ? Du fait qu'elles reconnaissent, à leur origine, des éléments d'acné, doivent-elles être considérées comme de l'acné chéloïdienne vraie, et peuvent-elles être assimilées à l'acné chéloïdienne de la nuque ?

Nous ne le pensons pas, et, l'évolution, l'aspect clinique, l'anatomie pathologique, établissent entre ces deux ordres de fait, des différences essentielles.

Si nous relisons attentivement les observations de chéloïdes développées sur acné du tronc, nous voyons qu'elles présentent le même aspect que les chéloïdes vraies : tumeurs lisses, bosselées, rouge rosé ou blanchâtres, globuleuses, avec maximum d'élévation au centre, tandis que les bords descendent en pente douce et se confondent avec la peau saine du voisinage, consistance très dure, restant stationnaires, après avoir atteint un maximum de volume.

Pendant toute son évolution et, dès son stade même de formation, dès que les pustules d'acné qui lui ont peut-être donné naissance ont disparu, la chéloïde est *inhabitée* ; elle ne présente, à aucun moment, à son centre, ni sur ses bords, ces pustules qui, dans l'acné chéloïdienne de la nuque, représentent la zone d'extension et d'activité. Il semble, en

quelque sorte, que l'acné ait simplement servi de point de départ au processus chéloïdien, qu'elle se soit bornée à le déclancher, si l'on est partisan de la nature infectieuse des chéloïdes, qu'elle ait servi de porte d'entrée à l'agent pathogène. La chéloïde, une fois développée, évolue pour son propre compte, indépendamment du processus acnéique.

Comme l'avait d'ailleurs très bien vu Dubreuilh, « dans la chéloïde, l'acné est le point de départ d'une tumeur envahissante et à marche indépendante, tandis que dans l'acné chéloïdienne de la nuque, la chéloïde n'est pas envahissante, elle suit l'acné, qui la précède toujours, pas à pas ; c'est une chéloïde restée en tutelle ».

L'anatomie pathologique vient encore apporter un élément différentiel supplémentaire. Nous avons pu étudier les coupes du cas de chéloïde sur acné du tronc de Pautrier : elles présentent la structure de la chéloïde vraie, tumeur fibreuse pure, sans infiltration cellulaire, avec disparition du réseau élastique, rien qui rappelle l'histologie spéciale que nous décrirons plus tard, comme étant propre à l'acné chéloïdienne de la nuque.

Nous venons cependant d'observer tout récemment un cas unique et tout à fait exceptionnel, où, dans la région de la barbe, on trouvait une formation chéloïdienne, consécutive à de l'acné et qui, non seulement cliniquement, mais encore microscopiquement, avait les plus grandes analogies avec l'acné chéloïdienne vraie de la nuque. L'affection avait débuté, il y a dix ans, sous forme d'un bouton d'acné, dans la région sous-maxillaire droite ; peu à peu, se forma, au niveau de cette pustule acnéique, un placard induré qui progressa lentement, sans que le malade intervint, par aucun traitement. Nous insistons sur ce point qu'aucune application thérapeutique irritante n'avait été faite. Lorsque nous avons examiné le sujet, dans ces dernières semaines, on trouvait un

placard de la dimension d'une pièce de cinq francs, faisant une légère saillie, de couleur rouge rosé, d'aspect cicatriciel, lisse, ne présentant, dans toute sa surface, aucune trace de follicules pileux (la région de la barbe est cependant très abondamment pourvue de poils), dure et de consistance fibreuse; en un mot, absolument chéloïdien d'aspect; sur les bords, on observait des bouquets de poils, au nombre de quatre ou cinq par orifice, circonscrivant en couronne la lésion; sur un seul point, on trouvait également, sur le bord, une pustule acnéique en activité.

La lésion était, en somme, absolument analogue à de l'acné chéloïdienne de la nuque, avec pustule et bouquets de poils à sa périphérie, et ne s'en différenciait légèrement que par l'aspect étalé, en nodule arrondi.

L'histologie, que nous avons pu étudier, montrait, dans un tissu fibreux, sclérosé, des traînées d'infiltration composées à peu près uniquement de plasmazellen et de cellules conjonctives fixes, sans formation giganto-cellulaire. Ce cas, tout à fait anormal et exceptionnel, est le seul, à notre connaissance, où une formation, tout à fait analogue à de l'acné chéloïdienne vraie, ait pu se former en dehors de la nuque. Faisons remarquer cependant qu'ici, comme dans l'acné chéloïdienne de la nuque ordinaire, l'affection s'est développée dans une région riche en follicules pileux.

Si nous cherchons, en effet, la raison qui fait que sur le tronc, sur le devant de la poitrine, l'acné donne naissance à de la chéloïde vraie, tumeur fibreuse, pure non infectée, alors qu'à la nuque elle engendre cette dermatose spéciale, chéloïdienne d'aspect, mais acnéique pendant la plus grande partie de son évolution et à structure histologique si particulière, nous n'en trouvons pas d'autre, à défaut d'une origine microbienne distincte, que nous ignorons encore pour l'un et l'autre cas, que la présence, à la nuque (et, dans le cas

isolé que nous venons de rapporter, à la barbe), de follicules pileux, nombreux et bien développés, qui manquent ou ne sont qu'ébauchés, dans les autres régions. Nous dirons, au chapitre de l'anatomie pathologique, l'importance que paraissent jouer, dans l'évolution de la formation chéloïdienne, ces follicules pileux : au stade initial, au stade pustuleux, ils servent d'axe aux foyers d'infection, aux suppurations péri-pilaires. Plus tard, quand la chéloïde paraît inhabitée, c'est encore autour d'eux et de leurs glandes sébacées, que se forment les amas les plus importants de cellules géantes. Ils semblent donc bien, comme l'a vu Dubreuilh, tenir en tutelle le processus sclérogène, fibreux, qui suit pas à pas l'infection, puis les formations giganto-cellulaires.

Y a-t-il un microbe différent dans l'un et l'autre cas ? La chéloïde vraie du tronc, développée sur acné, reconnaît-elle à son origine, un parasite différent de celui de l'acné chéloïdienne de la nuque ?

Ces deux affections sont elles-mêmes, d'origine parasitaire ? Autant de questions qui à l'heure actuelle restent sans réponse.

Ce que nous pouvons pourtant dire, dès maintenant, c'est que, dans la chéloïde du tronc développée sur acné, on trouve une chéloïde vraie, qui paraît se développer indépendamment de tout follicule pileux, tandis que dans l'acné chéloïdienne de la nuque, on trouve une lésion qui suit pas à pas une infection folliculaire et péri-folliculaire d'histologie particulière. Il ne nous paraît donc pas possible d'assimiler ces deux sortes de lésions, et nous croyons que l'une doit être considérée comme une chéloïde vraie, à qui l'acné n'a servi que de point de départ, comme aurait pu le faire un traumatisme quelconque, tandis que l'autre, peut être considérée comme une acné chéloïdienne, dans laquelle le processus acnéique ou furonculaire commande, d'une façon constante, l'évolution d'une lésion de structure très particulière.

CHAPITRE IV

DIAGNOSTIC.

Les symptômes cliniques de l'acné chéloïdienne sont assez nets pour qu'il semble d'emblée qu'on puisse porter un diagnostic certain, en général le fait existe et se basant sur les caractères objectifs déjà signalés, on doit pouvoir être fort de son diagnostic.

Mais le tableau parfait et complet d'une acné chéloïdienne typique, n'est pas toujours réalisé par le malade porteur de cette affection. Ce n'est pas au début, c'est-à-dire, devant les pustules acnéiques peu nombreuses, que le cas est embarrassant, ce n'est pas non plus à la période chéloïdienne que les erreurs sont possibles, c'est au contraire, au stade où la lésion est framboesiforme, au stade d'agglomération, et d'organisation en tumeur. C'est à cette période que le diagnostic devient plus délicat; nombreux sont les auteurs qui ont confondu cette affection avec des maladies très différentes par leur nature mais très semblables par leur aspect et leurs caractères objectifs, cliniques, à cette période.

En dehors de quelques affections cutanées, localisées parfois à la nuque, la syphilis et le sycosis, sont les plus importantes; ce sera sur ces dernières affections que nous insisterons surtout. Nous passerons en revue brièvement, les quelques dermatoses qui peuvent simuler dans certains cas l'acné chéloïdienne de la nuque.

Après avoir fait le diagnostic différentiel, nous établirons une courte comparaison avec les chéloïdes ordinaires, les fausses acnés chéloïdiennes de la nuque ou pseudo chéloïdes ;

1° *Molluscum fibrosum circumscribit* ; encore appelé *nævus mollusciforme*, peut siéger quelquefois à la nuque ; c'est une tumeur assez volumineuse, pédiculée ; elle constitue une variété de *nævus*, elle peut s'indurer, et, constituer une sorte de *fibrome*. C'est une affection très rare.

Elle a, en outre des caractères très différents de l'acné chéloïdienne de la nuque. Elle est pédiculée, nous l'avons dit, présente une coloration légèrement violacée, transparente ; sa surface est sillonnée de vaisseaux dilatés. Elle est parfois rugueuse, et l'on constate la présence d'un anneau fibreux qui circonscrit le pédicule.

Le palper renseigne encore sur la présence de noyaux indurés, profondément situés, et faciles à faire rentrer par la pression dans l'anneau fibreux.

Ces signes sont bien différents de ceux de l'acné chéloïdienne de la nuque.

2° *Sycosis parasitaires et non parasitaires*. — Cliniquement les différents sycosis peuvent présenter à une certaine phase de leur évolution, une ressemblance avec l'acné chéloïdienne de la nuque, cette dernière, du reste, a été maintes fois regardée comme un sycosis d'une variété spéciale, à agent pathogène indéterminé.

Kaposi classait sa « Dermatite papillaire du cuir chevelu » auprès des sycosis, Besnier faisait de l'acné chéloïdienne une sorte de sycosis chéloïdien, puis, certains auteurs viennois, allemands et italiens... en faisaient un sycosis framboesiforme ; Ledermann avec Mibelli, Melle, etc., préféraient le terme de sycosis de la nuque.

Les rapports cliniques de ces deux affections nous conduisent naturellement à faire le diagnostic différentiel. Nous parlerons du *sycosis parasitaire* et du *sycosis non parasitaire*.

A) SYCOSIS PARASITAIRE. — A) *Kérion de Celse*: (Kérion Celsi ou sycosis nodulaire trichophytique).

Cette variété de sycosis affecte plusieurs formes; son siège est quelquefois la nuque.

En général, son évolution est assez prompte, et, la lésion présente les caractères suivants.

Le kériion est rond, surélevé, à bourrelet très bien marqué, il est de la grandeur d'une pièce de cinq francs. Sa surface est criblée de pustules, d'où s'échappe un liquide jaunâtre. Les cheveux sont couchés et collés les uns contre les autres, ils sont enduits de ce liquide: une zone inflammatoire entoure le kériion.

C'est une affection de l'enfant et aussi de l'adulte, et suivant les cas, elle prend des formes variables: bosselé, nodulaire, c'est le « sycosis tuberculeux »: présentant des abcès et des décollements, elle constitue le « Sycosis phlegmoneux de Brocq ».

Le résumé des signes du kériion de Celse nous montre les caractères qui le distinguent de l'acné chéloïdienne de la nuque. C'est seulement à la première période (période pré-chéloïdienne) que l'erreur de diagnostic est possible; mais dans l'acné, l'infection est moins grande, les éléments moins pustuleux, moins confluent; les cheveux raides et droits ne sont pas collés sur la surface, enfin la suppuration est moins grande et la lésion n'a pas de limites aussi nettes.

Dans les cas où les caractères objectifs ne suffiraient pas pour affirmer le diagnostic, on éviterait toute erreur possible par les méthodes de laboratoire.

Le Sycosis parasitaire est en effet une trihophytie, et sur milieu de Sabouraud (gélosé ou maltosé) le pus d'une pustule donne en une semaine ou deux une culture typique qui permet d'identifier le Tricophyton : soit un *Ectothrix microïdes* (*T. Gypseum*) du type astéroïdes le plus souvent, soit un *Ectothrix mégaspores* (*Equinum* ou *Nivæum*).

Ce procédé lève tous les doutes, et doit être fait dans les cas douteux particulièrement dans les lésions du début, où la suppuration est quelquefois très abondante surtout si le malade a laissé l'infection se propager par des pansements mal faits, plus ou moins propres, et en contact permanent avec des cols ou d'autres linges.

B). SYCOSIS NON PARASITAIRE. (Sycosislupoïde). — Cette variété de sycosis décrite par Brocq (1) en 1888, a une évolution caractéristique ; il tend toujours à se généraliser, et c'est par la périphérie que se fait cette marche, tandis que le centre guérit. Il a donc une marche centrifuge.

Le début de la lésion se fait par des pustules, puis, apparaissent des croûtes, des croûtelles jaunâtres. Cette variété de sycosis peut quelquefois subir la transformation chéloïdienne ; c'est alors à ce moment que le diagnostic avec l'acné chéloïdienne de la nuque peut présenter quelques difficultés. La date de l'affection, son évolution, sa marche centrifuge, sa suppuration plus abondante constitueront de bons signes de diagnostic.

Remarquons, d'ailleurs, que la nuque n'est pas le siège de prédilection du sycosis lupoïde ; ce dernier affectionne particulièrement les joues, la barbe et le menton.

(1) BROCC. *Annales de Dermatologie et Syphiligraphie*, 1890. Pages 25, 97, 222.

3° *Tuberculose*. — Les gommes tuberculeuses à cicatrisations chéloïdiennes ont rarement leurs sièges à la nuque, elles affectionnent plutôt les régions sous-maxillaire, etc. Dans le cas de leur présence à la nuque et de leur transformation chéloïdienne, elles n'offrent pas les caractères de l'acné chéloïdienne de la nuque, elles constituent alors des chéloïdes secondaires, bien différentes, dans leur forme, leur évolution et leur aspect ; nous en ferons le diagnostic quand nous parlerons des chéloïdes vraies.

Le lupus scléreux de Vidal est aussi d'un diagnostic facile : la marche centrifuge, la cicatrice centrale, les sillons secondaires et suintants, et la rareté de cette affection au cuir chevelu constituent des signes importants.

4° *Syphilis*. — La syphilis est l'affection qui, sous certaines de ses formes, présente le plus de rapports avec l'acné chéloïdienne, quand celle-ci est au stade qui tient de l'acné polymorphe et de l'acné monomorphe.

Très longtemps on a confondu ces deux affections à cette phase. Les gommes, les syphilides papulo-tuberculeuses localisées à la nuque, les syphilides framboesiformes et surtout les syphilides acnéïques, sont les manifestations cutanées de la syphilis les plus faciles à confondre avec une acné du début.

Quelquefois elles peuvent être localisées à la nuque, souvent impetiginisées par le contact des cheveux, infiltrées naturellement, et déjà légèrement surélevées et de forme ronde ou ovale. On conçoit dès lors les difficultés de diagnostic qu'elles peuvent présenter. Mais un examen minu-

tieux des lésions élémentaires doit pouvoir lever les causes d'erreur.

En effet, dans ces dernières affections, qu'elles soient encore syphilides cutanées, suintantes, ou gommies indurées, on ne retrouve pas les signes de l'acné chéloïdienne : bouquets de poils en pinceaux, éléments tendant à confluer, tumeur indurée, infectée au bord supérieur, lisse dans son versant inférieur.

En dehors, enfin, des signes cliniques objectifs, l'histoire de la maladie, le passé morbide du sujet, la présence très rare d'un seul de ces éléments à la nuque, viendront éclairer le diagnostic; dans les cas difficiles, le traitement d'épreuve, le Wassermann, la biopsie, seraient à notre disposition et lèveraient alors toutes les difficultés.

5° *Lèpre*. — Nous mentionnons simplement les erreurs possibles de l'acné chéloïdienne avec les tubercules lépreux; cette affection est trop spéciale pour qu'une erreur puisse persister; d'ailleurs, de toutes les régions velues, la tête est la moins fréquemment atteinte; le facies, les désordres que donne la spedalske, l'examen du reste du corps suffisent nettement pour éclaircir le diagnostic. Enfin, la recherche du bacille de Hansen, la biopsie, la réaction à la lépoline, sont les moyens desquels la clinique se passe pour faire le diagnostic d'un tubercule lépreux simulant une acné chéloïdienne.

6° *Mycosis fongoïde*. — A côté des tubercules lépreux, nous croyons devoir signaler les tumeurs du mycosis fongoïde. Cette dernière affection dans les formes à tumeurs d'emblée, peut quelquefois ressembler de loin à l'acné chéloïdienne; mais le siège est rarement la nuque; la tumeur mycosique a, la plupart du temps, des satellites; d'ailleurs, sa couleur est variable et l'induration ligneuse de la chéloïde ne s'y retrouve pas. Enfin, l'évolution est toute différente.

Nous mettons, tout à côté du mycosis fongoi'de, les autres tumeurs susceptibles de simuler quelquefois l'acné chéloïdienne, quand la nuque est leur siège : ce sont les *granulomes calcaires sous-cutanés*, affection commençant par les glandes sébacées et pilaires, sudoripares, et le tissu conjonctif. Les plaques de *sclérodémie* pourraient peut-être simuler quelque peu l'acné chéloïdienne ; nous signalons seulement au passage cette possibilité d'erreur.

7° Chéloïdes ordinaires. — Les chéloïdes vraies ne présentent pas l'ensemble des signes objectifs de l'acné chéloïdienne ; on ne retrouve pas en effet la triade de cette affection ; éléments papulo pustuleux, bouquets de poils en pinceaux et bourrelet chéloïdien lisse, à versant supérieur portant des chéloïdes habitées, à versant inférieur dépourvu de tout foyer infecté. La nature des chéloïdes est inconnue comme celle de l'acné chéloïdienne. Cependant elle semble bien différente. Bazin, Besnier, Vidal ont parlé d'une « prédisposition individuelle à faire des chéloïdes » ; N. Hyde, Darier et nombre d'auteurs français et étrangers ont regardé les chéloïdes comme une tuberculide ou tuberculose cutanée.

Nous reprendrons cette discussion en détails au chapitre de la pathogénie.

Enfin l'anatomie pathologique vient encore nous faire considérer ces deux affections comme sensiblement différentes ; nous en parlerons dans ce chapitre.

En résumé, les chéloïdes spontanées ou secondaires sont des manifestations cutanées différentes de l'acné chéloïdienne. Cliniquement l'évolution, la forme le siège, la triade symptomatique de l'acné chéloïdienne, l'absence des symptômes subjectifs, douleurs, prurit, etc., sont les caractères qui doivent guider le médecin dans son diagnostic.

8° *Pseudo chéloïdes acnéiques de la nuque.* — Il nous paraît indispensable de consacrer quelques mots au diagnostic difficile et important des fausses chéloïdes acnéiques ou furonculeuses de la nuque. Il ne faut pas confondre les infiltrats de la nuque, consécutifs à des affections diverses (furuncles, syphilides, avec l'acné chéloïdienne. Les symptômes cliniques de cette dernière affection: bouquets de poils, foyers en activité dans la partie supérieure, bourrelet chéloïdien sont des signes bien particuliers; en l'absence de ces caractères on ne peut considérer une induration de la nuque comme une acné chéloïdienne. Cette pseudo-chéloïde pourra peut-être, laissée à elle-même, évoluer vers l'acné chéloïdienne, mais tant que les symptômes essentiels n'existent pas, le diagnostic d'acné chéloïdienne vraie de la nuque ne peut être faite.

CHAPITRE V

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'anatomie pathologique de l'acné chéloïdienne de la nuque devrait pour être complète, envisager successivement l'étude des trois stades que nous avons distingués au point de vue clinique.

Le stade acnéique pur, cependant, ne paraissant pas offrir de particularités intéressantes et ne semblant pas se différencier de l'acné des autres régions du corps, a été négligé par la plupart des auteurs qui se sont occupés de cette question.

Nous n'avons pas eu nous-mêmes l'occasion de biopsier des lésions à cette première phase. Nous nous bornerons donc à décrire l'anatomie pathologique des formations chéloïdiennes encore franchement *habitées*, c'est-à-dire présentant des pustules en activité, et celles des formations chéloïdiennes *inhabitées* ne présentant plus, pour ainsi dire, de traces apparentes de l'infection acnéique.

Mais nous allons au préalable résumer les travaux de nos devanciers.

Leloir et Vidal (1) dans les notes de la traduction de Kaposi, par Besnier, décrivent l'acné chéloïdienne de la nuque comme une « péri-folliculite sébacéo-pilaire à tendance ché-

(1) LELOIR ET VIDAL. *Loco citato*.

loïdienne; le tissu qui environne les follicules tendant à la formation d'un tissu scléreux, au lieu d'aboutir à la suppuration comme dans les folliculites ordinaires ».

En 1889, dans les *Annales de la polyclinique de Bordeaux*, le P^r Dubreuilh a consacré un travail très important à l'anatomie de l'acné chéloïdienne. Il distingue également les parties atteintes depuis longtemps, « qui sont purement chéloïdiennes et forment le centre de la plaque, de celles qui sont en voie d'évolution et qui constituent les papules groupées à la périphérie de la plaque principale ». Dans les parties centrales et moyennes et jusque dans la face profonde du derme, il décrit un réseau, formé par des faisceaux fibreux volumineux, dans les interstices duquel on trouve des amas de cellules embryonnaires « arrondies ou polyédriques, à protoplasma peu abondant, avec un ou deux noyaux remplissant toute la cellule ».

Ces amas cellulaires contiennent également presque toujours des vaisseaux capillaires. Les folliculees pileux qui traversent cette région ne sont nullement altérés.

Les lésions récentes, situées au pourtour de la plaque principale et se présentant sous forme de papules centrées par un poil, se montrent constituées par un petit abcès situé dans la partie superficielle du derme, et limité en bas et sur les côtés par des ilots d'infiltration cellulaire analogues à ceux de la plaque chéloïdienne déjà décrits; ces abcès forment un anneau inflammatoire entourant le collet du follicule. Sur certains points, il aboutit à la formation d'une collection de pus en contact avec la gaine épithéliale externe; en d'autres points il y a simplement accumulation de cellules embryonnaires parmi lesquelles se trouvent souvent des cellules géantes parfaitement caractérisées, isolées ou groupées, mélangées à des cellules d'aspect épithélioïde.

(1) DUBREUILH. *Loco citato*.

A côté de ces lésions d'intensité moyenne, Dubreuilh en décrit de plus intenses, dans lesquelles la suppuration envahit tout le centre du follicule et détruit sa gaine épidermique, et d'autres plus intéressantes encore dans lesquelles la péri-folliculite n'a pas abouti à la suppuration. Le follicule présente sa gaine épithéliale, entourée par une zone inflammatoire et la glande sébacée est remplacée par un amas de cellules géantes. Pour cet auteur, le début des lésions se fait par la glande sébacée « dont les cellules revêtent l'aspect de cellules géantes par un processus qu'il serait intéressant de rechercher ». Et ce n'est que secondairement que, partant de cette glande, se développeraient des lésions inflammatoires aboutissant à la formation d'un abcès folliculaire.

« Il s'agit donc primitivement d'une acné et non d'une folliculite, puisque les premières altérations apparaissent dans la glande sébacée, qui est totalement détruite avant que le follicule soit atteint. Cette périfolliculite détermine secondairement la suppuration du follicule d'une part, et d'autre part la production d'une chéloïde ».

Le travail de Dubreuilh se termine par une comparaison entre les lésions de l'acné chéloïdienne et celle de la chéloïde, telle que les avait décrites Dénériaz.

Il faut faire cependant remarquer que ce dernier auteur paraît, de par sa description même, avoir étudié des chéloïdes sur acné. Le follicule pileux, écrivait-il, enflammé par un corps étranger quelconque, probablement un microbe « s'entoure d'une zone d'infiltration sur tout son parcours... C'est surtout la glande sébacée qui s'enflamme... ; dans plusieurs préparations, les poils qui se trouvaient dans la chéloïde étaient entourés de cellules géantes... »

« Ce que Dénériaz n'a pu voir, ajoute M. Dubreuilh, l'origine des cellules géantes, j'ai pu l'établir dans mes préparations, grâce à la méthode des coupes en séries ».

M. Dubreuilh paraît admettre, en effet, que les cellules géantes prennent toujours naissance au dépens de la glande sébacée et que même, lorsqu'elles sont dissociées par des cellules embryonnaires, elles sont reliées aux follicules par une traînée de cellules épidermiques.

Nous avons pu voir cependant et nous décrirons tout à l'heure des formations de cellules géantes en plein derme, loin de tout follicule pileux, et ne pouvant certainement pas être rattachées à cette disposition anatomique.

M. Dubreuilh admet en concluant qu'acné chéloïdienne et chéloïde ont une seule et même structure et ne se différencient que par leur évolution ; la chéloïde vraie se comportant comme une tumeur envahissante et à marche indépendante, l'acné chéloïdienne, au contraire, suivant toujours l'acné pas à pas.

Il nous semble et nous nous efforcerons de démontrer que si ces deux lésions offrent à certains moments de leur évolution une structure analogue, elles se différencient cependant l'une de l'autre, lorsqu'elles sont arrivées à leur stade de développement et que histologiquement, il existe entre elles des différences suffisantes pour les séparer.

En somme, le Pr Dubreuilh a vu et décrit dans ce travail toutes les lésions importantes de l'anatomie pathologique de l'acné chéloïdienne. Nous ne ferons que le confirmer et le compléter sur la plupart des points ; nous ne nous séparerons de lui qu'en ce qui concerne la chronologie des lésions qu'il nous semble préférable d'interpréter d'autre façon.

Nous résumerons aussi assez complètement, un important travail de Mibelli, paru en 1893, dans le *Giornale Italiano delle malattie veneree e della pelle* (1).

(1) MIBELLI. *Loc. cit.*

La lésion initiale est pour lui véritablement une acné, l'expression d'un processus phlogistique localisé dans l'appareil sébacéo-pilaire, sans débiter, se localiser, prédominer dans les glandes cutanées; pour lui, le fait que les cellules des glandes sébacées se transforment en cellules géantes, permet d'autant moins d'admettre que les lésions ont débuté par ces glandes: le processus inflammatoire prélude, au contraire, sous forme de petits foyers de suppuration limités à la cavité folliculaire de quelques poils, qui se résolvent lentement, en détruisant la partie supérieure du follicule et en transformant la partie superficielle du derme en tissu scléreux.

En même temps se développe dans le derme, sous forme de foyers ou de nodules, le néoplasme chéloidien avec prolifération cellulaire autour des vaisseaux, prolifération cellulaire aboutissant à la formation de nombreuses cellules géantes. La présence de ces cellules prouve pour l'auteur que, selon toute probabilité, la prolifération cellulaire qui donne lieu au développement de la chéloïde, résulte de la présence d'un microorganisme pathogène, auquel viennent s'ajouter secondairement les irritants habituels qui sont la cause des efflorescences acnéiques.

Les travaux de Ledermann (1), d'Ullman (2), n'ajoutent pas grand chose aux descriptions que nous venons de donner, si ce n'est qu'ils signalent, à la suite de l'emploi de techniques nouvelles la présence de cellules éosinophiles, de quelques mastelle et de ces formations spéciales et encore mal interprétées, décrites sous le nom de corpuscules de Russel.

Mantegazza (3), dans les cellules du processus inflamma-

(1) LEDERMANN, *Loc. cit.*

(2) ULLMAN, *Loc. cit.*

(3) MANTEGAZZA, *Loc. cit.*

toire chronique décrit également la présence de plasmazellen à côté des cellules géantes.

Dans sa thèse consacrée à l'étude de la chéloïde, Baillon (1) avec l'aide de M. Lecène, s'efforce d'établir une distinction entre la chéloïde vraie et l'acné chéloïdienne. Il décrit dans cette dernière affection, disséminés dans un tissu conjonctif sclérosé, des foyers d'infiltration leucocytaire groupés autour des vaisseaux et des appareils pilo-sébacés et contenant parfois, dans leur centre, des cellules géantes presque au contact de débris de poils qu'elles englobent.

La présence de cette inflammation nodulaire subaiguë et chronique, rappelant un peu les lésions de la tuberculose cutanée, le fait conclure qu'il s'agit d'une affection « qui se rapproche nettement d'un certain nombre d'affections bactériennes en particulier de la tuberculose ».

Nous avons pu personnellement biopsier et étudier la structure des lésions de quatre malades atteints d'acné chéloïdienne de la nuque à des stades divers de son évolution. Toutes les pièces ont été coupées en séries et examinées complètement. Chez l'un des malades même, nous avons pratiqué l'excision chirurgicale de deux tumeurs et avons eu ainsi les matériaux nécessaires, non seulement pour les examens histologiques, mais encore pour l'inoculation d'animaux.

1° Bordure des plaques chéloïdiennes présentant encore de petites pustulettes en activité (Chéloïdes habitées).

L'étude de la bordure des plaques chéloïdiennes, représentant la zone en activité ou zone d'extension, montre des lésions de deux ordres : en dehors des altérations épidermiques, dans lesquelles on retrouve de place en place, à l'embouchure des follicules pileux quelques

(1) BAILLON. Contribution à l'étude des chéloïdes. Thèse de Paris, 1903, p. 39.

cocons séborréiques, on trouve dans le derme, dans sa région superficielle, au voisinage des cocons séborréiques, des foyers d'infiltration à nappe très dense, à type cellulaire très complexe, mais avec prédominance de polynucléaires, avec tendance plus ou moins nette à la suppuration ; d'autre part dans la plus grande partie de l'étendue des coupes, le derme, manifestement très sclérosé, est parcouru par des traînées ou des nodules d'infiltration constituée uniquement par des plasmazellen et contenant par places des cellules géantes.

Reprenons point par point en les étudiant à un fort grossissement les différents éléments de ce schéma.

A. LÉSIONS ÉPIDERMiques. — La *couche cornée*, absente sur certains points, se retrouve par places, tantôt sous forme de minces lamelles en voie d'exfoliation, siégeant au-dessus d'une couche granuleuse, tantôt épaissie, présentant de nombreux noyaux en bâtonnets et siégeant directement au-dessus du stratum filamentosum ; il y a donc des lésions de parakératose, distribuées de façon parcellaire.

La *granuleuse* est irrégulièrement distribuée. Complètement absente dans les zones de parakératose, elle est normale sur d'autres points, et, en d'autres régions encore, très sensiblement épaissie.

Le *stratum filamentosum* est en acanthose manifeste, mais ne présente en dehors de cet épaississement aucune lésion appréciable, en particulier on ne trouve que de très rares leucocytes en exocytose.

La *basale*, qui dessine des papilles très irrégulières, tantôt hautes et étroites, tantôt larges et trapues et à peine festonnées, ne présente au point de vue cellulaire aucune altération importante.

B. LÉSIONS DERMiques. — Celles-ci présentent, nous l'avons dit, deux aspects différents, l'un qui constitue la

presque totale des coupes, l'autre qui se retrouve seulement au voisinage des cocons séborréiques. Ceux-ci, formés par des lamelles cornées, imbriquées, contenant quelques débris de noyaux et des amas de cocci, sont entourés dans le derme superficiel par une infiltration, étalée en nappe très dense, très compacte, parsemée de vaisseaux, de capillaires dilatés. Les éléments cellulaires qui constituent ces nappes d'infiltration sont représentés par des plasmazellen, des cellules conjonctives fixes et des polynucléaires en très grande abondance.

Sur certains points, l'abondance des polynucléaires est telle qu'elle représente à n'en pas douter, l'ébauche d'un foyer de suppuration. La même infiltration se retrouve autour d'un certain nombre de follicules pileux, et dans ce cas occupe non seulement la région superficielle, mais encore la région moyenne du derme.

Quelques-uns des follicules pileux qui traversent les coupes sont en effet sains, et d'autres sont entourés d'un manchon d'infiltration à type cellulaire complexe, plasmazellen, nombreuses cellules conjonctives, très nombreux polynucléaires.

Enfin sur certains points, on retrouve dans cette infiltration quelques cellules épithélioïdes et même des cellules géantes.

Dans l'intervalle de ces lésions périfolliculaires et représentant en somme la plus grande partie des coupes, la portion chéloïdienne elle-même, occupant le derme superficiel, derme moyen et derme profond, les lésions se présentent avec un aspect différent.

La substance collagène est disposée en trousseaux longs ondulés, larges, épais, ne présentant que rarement trace de noyaux conjonctifs, avec disparition presque totale du tissu

élastique à ce niveau. Ce stroma conjonctif, dense et sclérosé, est creusé de sorte de fentes, de logettes, dans lesquelles sont répartis des foyers d'infiltration très dense. Ceux-ci sont donc la plupart du temps disposés en bandes allongées, disposition qui se comprend, si l'on songe que ce tissu conjonctif est peu extensible et que l'infiltration a dû se couler en quelque sorte dans l'intervalle laissé libre entre deux faisceaux de collagène.

Sur certains points cependant, ces foyers d'infiltration peuvent s'élargir et, surtout au niveau des parties profondes arriver à former des nodules volumineux et irrégulièrement arrondis. Quelquefois, ces foyers d'infiltration sont juxtaposés à un vaisseau, mais ils peuvent en être aussi complètement indépendants et il ne semble pas que l'infiltration soit systématiquement périvasculaire.

Si l'on examine maintenant la nature des éléments cellulaires qui composent ces foyers d'infiltration, on trouve qu'ils sont représentés à peu près exclusivement par des plasmazellen, celles-ci forment environ les neuf dixième de l'infiltrat qui se présente donc comme un plasmome à peu près pur. Par places, cependant, on trouve, disséminés parmi les plasmazellen, quelques noyaux de cellules conjonctives, quelques éosinophiles bilobés. Enfin, certains nodules présentent un aspect tout particulier: ils sont moins purs comme plasmome, contiennent quelques éosinophiles mono ou bilobés, quelques lymphocytes, des noyaux de cellules conjonctives hypertrophiés et, enfin, un, deux ou trois cellules géantes, dont quelques-unes présentent les caractères typiques de ces éléments cellulaires, avec large protoplasma acido-phile d'aspect nécrosé, et couronne régulière de noyaux à la périphérie. Ce qui est remarquable, c'est la rareté de cellules épithélioïdes autour des cellules géantes; c'est à peine, en effet, si l'on observe quelques-unes de ces cellules avec

leur protoplasma, étalé, un peu flou et légèrement acido-phile. (Voir fig. 1, Planche I.)

Nous avons décrit tout à l'heure les foyers d'infiltration à polynucléaires, s'accompagnant parfois de cellules géantes, qui entourent certains follicules pileux. Ceux-ci souvent ne présentent pas de glande, sébacée, qui leur soit annexée. Par contre, sur d'autres coupes, on trouve, au voisinage d'un follicule pileux coupé obliquement, des formations tout à fait spéciales, correspondant d'une façon évidente à une volumineuse glande sébacée, profondément altérée et modifiée dans sa structure. On retrouve encore l'architecture, la disposition pelotonnée de la glande, mais, à la place des cellules sébacées claires et transparentes, on trouve des amas protoplasmique, d'aspect nécrosé, tantôt parsemés d'une façon uniforme par une multitude de noyaux, tantôt entourés seulement à leur périphérie par une couronne de noyaux; en un mot, presque chaque cellule de la glande sébacée est remplacée par une volumineuse cellule géante. Quelques-unes de celles-ci présentent encore, au centre, une zone claire, transparente, qui correspond vraisemblablement à un débris de la cellule sébacée qui leur a donné naissance. Cette formation de cellules géantes aux dépens des cellules sébacées, rappelle un peu le processus de la Wucher-atrophie et la formation des cellules géantes aux dépens des cellules adipeuses (Voir fig. 2. Planche II.)

Sur d'autres coupes, on trouve tout à fait en profondeur des débris de poils, coupés obliquement sur différents points de leur trajet: leur gaine épithéliale complètement disparue et ils sont entourés par des amas de cellules géantes, directement à leur contact, et qui, par places, sont même en train de les phagocyter comme des corps étrangers (Voir fig. 3 et 4. Planche III.)

Complétons cette description en disant que, sur les coupes colorées à l'orcéine, le tissu élastique a presque complète-

ment disparu dans le derme superficiel et le derme moyen partout où il existe de la sclérose. Il paraît avoir disparu également au sein des foyers d'infiltration, on ne le retrouve que de place en place dans le derme profond.

Par contre, sur les parties latérales des coupes à mesure qu'on se rapproche de la peau saine, le tissu élastique reparait dans le derme moyen et le corps papillaire.

1° Acné chéloïdienne adulte ne présentant plus trace d'infection. Centre des plaques (chéloïdes inhabitées).

A. LÉSIONS ÉPIDERMiques. — L'épiderme se montre à peu près normalement épaissi, se terminant souvent du côté du derme par une ligne presque droite, sur d'autres points végétant légèrement et enfonçant dans le derme quelques prolongements irréguliers.

La *couche cornée* s'exfolie en fines lamelles qui ne contiennent ni traces de noyaux, ni traces d'éléments cellulaires.

La *granuleuse* paraît épaissie d'une façon générale, mais très irrégulièrement; constituée presque toujours par quatre assises de cellules, elle en atteint presque huit dans certains points.

Le *corps muqueux* ne présente rien de particulier à signaler, aucune altération cellulaire; on trouve quelques rares leucocytes en exocytose.

La *basale* décrit, nous l'avons dit, une ligne irrégulière, tantôt elle se dirige horizontalement comme si les papilles et les cônes interpapillaires avaient tendance à disparaître. Sur d'autres points, elle dessine des papilles assez larges et trapues.

B. LÉSIONS DU DERME. — Le *derme superficiel* paraissant à peu près sain, le derme moyen et le derme profond présen-

tent des traînées, des nodules d'infiltration plus ou moins étendus, quelquefois groupés au voisinage de vaisseaux dilatés et entourés par un stroma conjonctif très dense.

Le corps papillaire et le derme superficiel présentent simplement une prolifération des cellules conjonctives fixes, qui sont plus nombreuses que normalement et distribuées dans un tissu conjonctif formé de fibrilles assez fines et qui ne paraît pas encore avoir été touché par un processus de sclérose net.

Dans les mêmes régions, mais par places seulement, on distingue quelques vaisseaux dilatés à parois non épaissies et peu ou point entourés par l'infiltration cellulaire.

Dans le derme moyen et le derme profond, le tissu conjonctif montre un processus de sclérose avancé; la substance collagène est distribuée en gros faisceaux épais, légèrement ondulés, très denses, très serrés les uns contre les autres; il est creusé de sortes de logettes tout à fait irrégulières de forme, tantôt vaguement polygonales, tantôt allongées en boyaux et occupées par des foyers d'infiltration et souvent aussi par la coupe d'un vaisseau. (Voir fig. 5, Planche IV.)

Cette infiltration, dense et tassée, est composée exclusivement par des plamazellen qui représentent au moins les 9/10^e de l'infiltrat.

On ne retrouve plus traces sur ces coupes de follicules pileux, on ne trouve également ni reliquats de glandes sébacées, ni formation de cellules géantes.

En résumé, les lésions encore en activité celles du moins qui présentent encore des pustulettes, des bouquets de poils, et qu'on doit regarder, à n'en pas douter, comme la zone d'extension des formations chéloïdiennes, présentent des lésions de deux ordres; des lésions de l'appareil pilo-sébacé, des lésions du derme intermédiaire.

Les altérations de l'appareil pilo-sébacé lui-même, revêtent une physionomie assez spéciale. Sur certains points, elles présentent l'aspect de simples folliculites et péri-folliculites à tendance suppurative, mais cependant avec adjonction d'un élément particulier, la cellule géante. En d'autres points la physionomie change et paraît prendre une différenciation plus hautement spécialisée. La glande sébacée tout entière se transforme en un peloton d'énormes cellules géantes; le poil, disséqué lui-même par l'infiltration est détruit en quelque sorte, phagocyté par des cellules géantes qui l'englobent et sont directement à son contact. Dans l'intervalle de ces lésions de l'appareil pilo-sébacé, le derme sclérosé décrit des sortes de mailles, remplies par des foyers d'infiltration, composée presque uniquement de plasmazellen, mais pouvant également contenir quelques cellules géantes.

Plus tard, la chéloïde a avancé dans son évolution; tout élément d'infection paraît avoir disparu; on ne retrouve plus trace de l'appareil pilo-sébacé, on ne retrouve même plus de cellules géantes (du moins dans les cas que nous avons étudiés) et la lésion ne se présente plus que comme un plasmome, à peu près complètement pur, qui serait découpé en nodules ou en boyaux, par un stroma conjonctif sclérosé. (Voir fig. 6, Planche 5.)

Quelle est la chronologie que l'on peut établir de ces différentes lésions?

Celle de l'appareil pilo-sébacé paraît primitive, et semble gouverner le début de l'affection, mais dans cet appareil lui-même, quelle est la marche suivie par l'agent pathogène? M. Dubreuilh, nous l'avons vu, semble admettre que la glande sébacée est touchée initialement, et que ce n'est que secondairement qu'apparaîtraient les lésions de folliculites et péri-folliculites. On conçoit mal comment une lésion aussi hautement spécialisée, que cette formation de cellules géantes dans la glande sébacée, pourrait produire secondairement

une infection suppurée du follicule. Il nous semble plus logique d'admettre que l'agent pathogène quelqu'il soit, et sans rien préjuger de sa nature, pénètre d'abord dans l'orifice pilo-sébacé et y détermine la formation de folliculites pures.

C'est à ce stade, qui se traduit par les lésions à tendances suppuratives péri-folliculaires, que, soit par suite de la chronicité des lésions, soit par suite de la virulence faible de l'agent pathogène, il s'établit autour du follicule, un processus d'inflammation lente, au cours duquel apparaissent quelques cellules géantes, et qui secondairement doit réagir sur la glande sébacée, et amener sa transformation giganto-cellulaire. Notons en effet, que sur les points où nous avons pu trouver cette transformation de la glande sébacée, il n'existait plus traces d'infection autour du poil; celle-ci a donc disparu à ce stade.

Les lésions du derme paraissent être secondaires à celles de l'appareil pilo-sébacé. Elles persistent seules, alors que celui-ci a été complètement détruit, elles revêtent une allure spéciale, et la présence de ces plasmomes purs, quelquefois parsemés de cellules géantes, distribuées dans ce stroma sclérosé, est bien singulière. Tout cela éveille invinciblement l'idée d'un parasite, assez hautement différencié (bacille de Koch, champignons, etc.). Tous ces points seront repris et discutés au chapitre de la pathogénie.

En tout cas, si l'on compare l'anatomie pathologique que nous venons de décrire à celle de la *chéloïde vraie*, on trouve entre ces deux affections des différences histologiques qui permettent de les différencier. Certains auteurs, Deneriaz, en particulier, ont décrit, il est vrai, dans la chéloïde vraie, des formations de cellules géantes, et la présence de petits foyers d'infiltration. Nous n'avons pour notre part jamais rien observé de semblable, dans les quelques biopsies de chéloïdes que nous avons pu pratiquer. En tout cas, la pré-

sence à la nuque de follicules pileux nombreux, de lésions de péri-folliculites, suffit à modifier le tableau, même au stade de début.

Et lorsque la chéloïde vraie est arrivée au stade adulte, elle a la structure d'une tumeur fibreuse, a peu près pure, constituée presque exclusivement par un tissu conjonctif fibreux, ne contenant que des cellules conjonctives fixes et aucun foyer d'infiltration. (Voir fig. 7, Planche VI).

Dans l'acné chéloïdienne au contraire, même arrivée à son stade de développement complet, on retrouve toujours ces plasmomes abondants que nous avons décrits.

Histologiquement, les deux affections ne peuvent donc être confondues.

Nous voudrions enfin pour terminer, dire un mot des modifications histologiques produites par la radiothérapie dans l'acné chéloïdienne soumise à ce traitement.

Nous avons pu en effet, biopsier le bourrelet supérieur d'une lésion d'acné chéloïdienne de la nuque, en voie de disparition, chez un malade ayant déjà subi sur ce point onze séances de radiothérapie, correspondant à 36 unités H, espacées en neuf mois. Cliniquement, les lésions étaient en voie de disparition, et on ne trouvait plus qu'une tendance à l'atrophie de l'épiderme, et une sclérose du derme sans infiltration notable.

Epiderme. — L'épiderme est, dans son ensemble, aminci et sensiblement réduit d'épaisseur, en particulier son union avec le derme se fait sur de nombreux points suivant une ligne presque droite, à peine ondulée, les papilles et les prolongements interpapillaires ayant presque complètement disparus (Voir fig. 8, Planche VII.)

Couche cornée. — La couche cornée se retrouve sur la presque totalité des coupes légèrement hyperkeratosique et en voie d'exfoliation.

Granuleuse. — La granuleuse existe également partout, d'épaisseur normale.

Stratum filamentosum. — Sur de nombreux points, les cellules filamenteuses présentent des altérations d'ordre atrophique très intéressantes à étudier : la plupart d'entre elles ne présentent plus traces de noyau, le protoplasma lui-même est très altéré, en état de tuméfaction trouble. Les limites cellulaires sont soit tout à fait invisibles, soit à peine marquées par le petit liseré clair correspondant aux filaments d'union intercellulaire.

Il y a là un aspect spécial de dégénérescence. Les quelques noyaux qu'on retrouve parsemés dans ces nappes protoplasmiques présentent pour la plupart l'aspect de l'altération cavitaire de Leloir, c'est-à-dire, qu'ils sont entourés par un espace clair, vacuolaire.

Cependant, fait frappant, ces cellules ainsi dégénérées semblent susceptibles d'élaborer encore dans leur protoplasma de la kératohyaline, car la granuleuse apparaît normale au-dessus d'elles.

Basale. — La basale nous l'avons dit est à peine festonnée, souvent réduite à une ligne presque droite, et ne présente des papilles que tout à fait avortées et ébauchées. Au point de vue cellulaire, elle présente quelques altérations intéressantes à signaler. Elle prend par place un aspect vacuolaire, qui est dû, tantôt à la formation d'espaces clairs, tantôt à l'élargissement des fentes intercellulaires et l'on trouve alors des bandes protoplasmiques étirées, irrégulières, séparées par de larges espaces clairs. La basale est ainsi tout à fait dissociée, et, ses limites avec le derme, deviennent des moins nettes (Voir fig. 9, Planche VIII.)

Derme. — Dans le derme on ne trouve aucune trace d'infiltration cellulaire analogue à celle que nous avons trouvée dans toutes les biopsies.

Dans l'étage supérieur correspondant à ce qui serait le corps papillaire s'il existait des papilles et à la portion la plus superficielle du derme, on retrouve un certain nombre de cellules conjonctives fixes et la coupe de quelques papillaires, mais dans le derme moyen et le derme profond, on ne trouve plus qu'un tissu conjonctif sclérosé formé de gros faisceaux de collagène ondulés, tassés, et pauvres en noyaux.

Sur les coupes colorées à l'orcéine, le tissu élastique paraît détruit en grande partie.

La lésion est en somme essentiellement une atrophie de l'épiderme avec lésion dégénérative spéciale, due probablement à l'action des rayons X, et une sclérose du derme voisine de celle des chéloïdes pures.



FIG. 1. — Grossissement 160 diamètres.

Bordure d'une lésion d'acné chéloïdienne en activité, encore habitée. Détail des lésions du derme montrant les foyers d'infiltration disséminés dans le derme sclérosé. Les foyers de gauche sont composés à peu près exclusivement de plasmazellen. Les foyers de droite contiennent plusieurs cellules géantes, une d'entre elles en haut et à droite, présente une couronne complète de noyaux. On remarquera la rareté des cellules épithélioïdes au voisinage des cellules géantes.

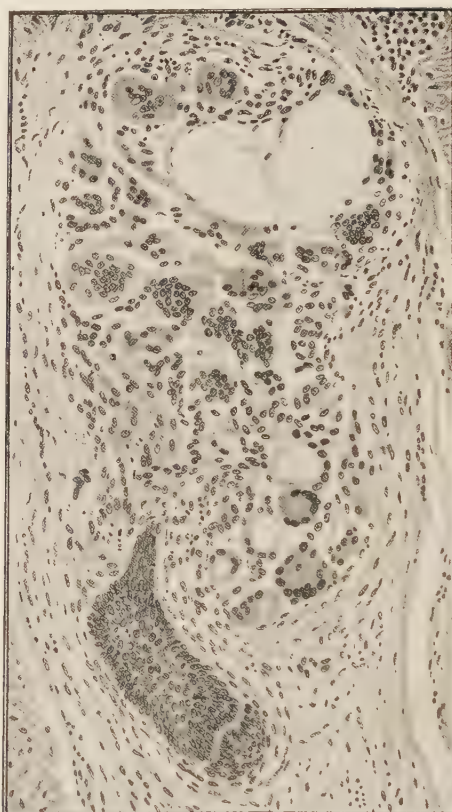


FIG. 2. — Gross. 75 diam. — Bordure d'une lésion d'acné chéloïdienne de la nuque encore habitée.

Glande sébacée dont on reconnaît encore l'architecture générale, mais dont toutes les cellules se sont transformées en volumineuses cellules géantes, quelques-unes ont leur protoplasma parsemé de noyaux, d'autres une couronne de noyaux plus ou moins régulière à la périphérie. Quelques-unes d'entre elles présentent encore au centre, un espace clair, transparent, occupé par de la substance sébacée de la glande. En bas et à gauche on retrouve une coupe oblique du follicule pileux. On remarque l'absence complète autour de ce follicule de toute infiltration à polynucléaire, de toute lésion de péri-folliculite.



FIG. 3



FIG. 4

FIG. 3 et 4. — Grossissement 80 diamètres.

Bordure d'une lésion d'acné chéloïdienne de la nuque encore habitée. Débris de poils coupés obliquement en différents points, privés de toute gaine épithéliale et en train d'être détruits et véritablement phagocytés par des amas de cellules géantes. Quelques-unes de celles-ci (fig. 3 partie médiane) ont leur protoplasma parsemé d'un nombre considérable de noyaux; d'autres dont le protoplasma est plus nécrosé et les noyaux refoulés à la périphérie englobent moins nettement dans leur protoplasma les débris de poils (partie inférieure de la fig. 4).

Les foyers d'infiltration au voisinage des cellules géantes, sont constitués uniquement par des plasmazellen.

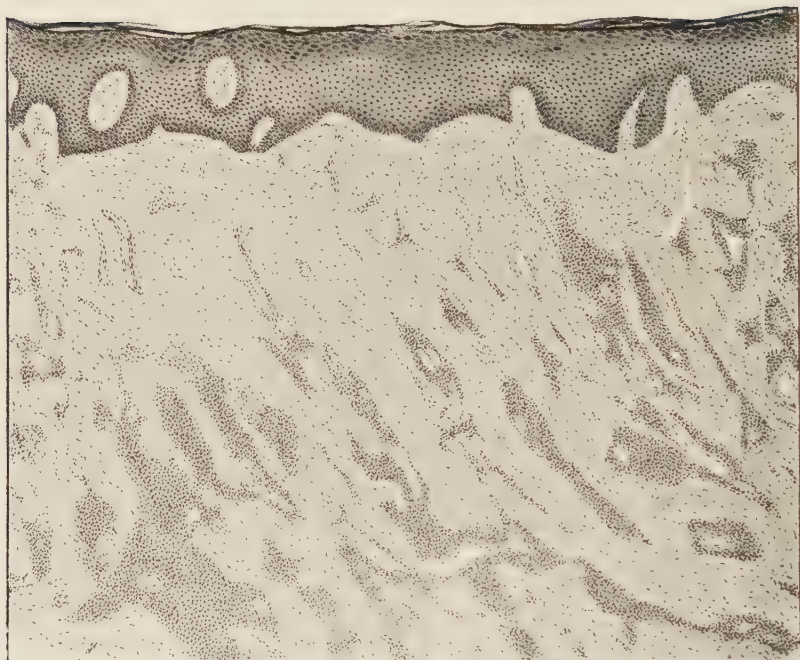


FIG. 5. — Grossissement 55 diamètres.

Acné chéloïdienne ayant atteint la phase terminale de son évolution, inhabitée : Epiderme légèrement acanthosique, avec épaissement de la granuleuse ; corps papillaire et derme superficiel à peu près sain avec simplement quelques dilata-tions vasculaires.

Tout le derme moyen et le derme profond présentent, au sein d'un stroma con-jonctif (sclérose dont le dessin ne rend pas ici suffisamment l'importance). Les foyers d'infiltration disposés en amas irréguliers ou en trainées et souvent accolés à un vaisseau.

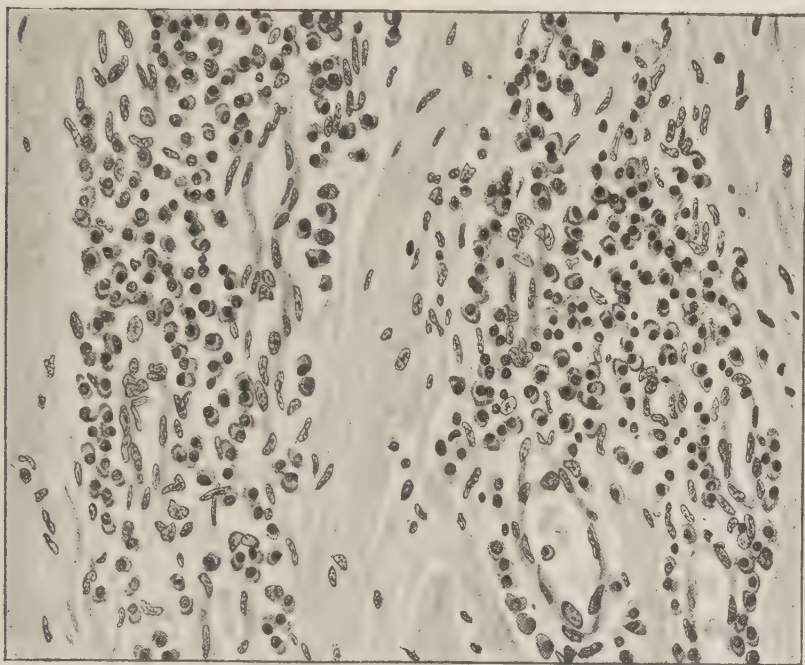


FIG. 6. — Grossissement 350 diamètres.

Détail de la figure précédente montrant la structure de deux foyers d'infiltration ; on remarquera qu'ils sont constitués à peu près exclusivement par des plasmazellen (qui représentent les huit ou neuf dixième de l'infiltrat) et quelques cellules conjonctives fixes. Il s'agit donc de plasmomes à peu près purs.

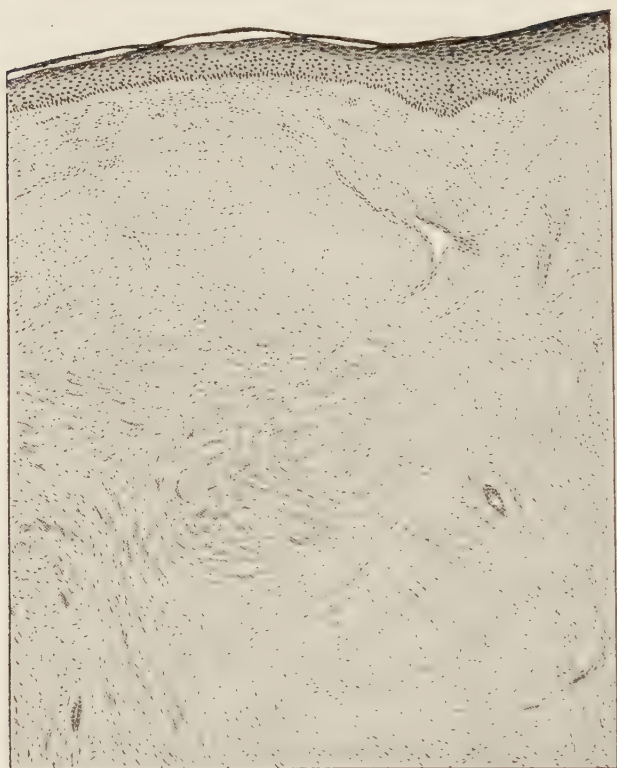


FIG. 7. — Grossissement 55 diamètres.

Chéloïde vraie de l'avant-bras consécutive à des badigeons de teinture d'iode. La tumeur se présente comme un fibrome pur, sans foyers d'infiltration cellulaire. On remarque la différence qui existe entre la structure de cette chéloïde vraie et celle de l'acné chéloïdien même adulte, et arrivée à son complet développement.

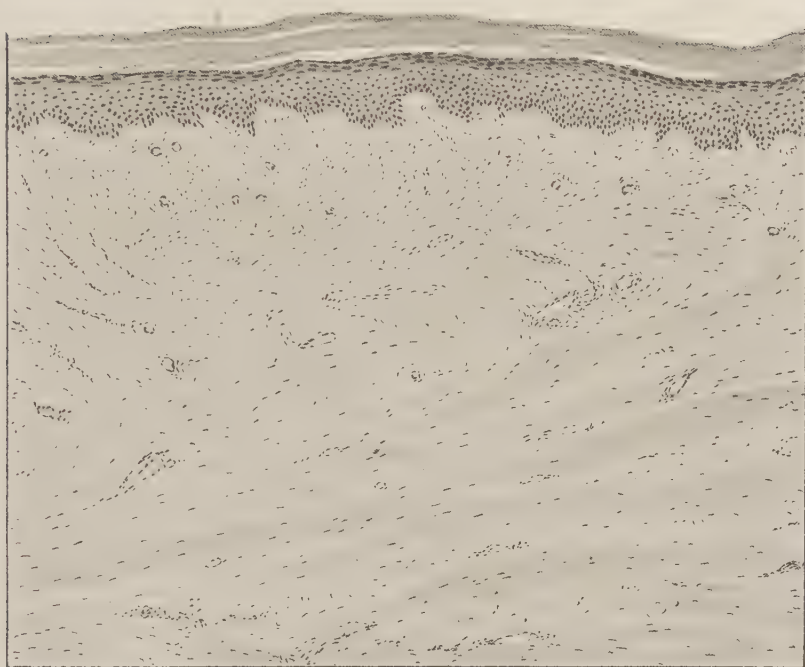


FIG. 8. — Grossissement 60 diamètres.

Acné chéloïdienne de la nuque traitée par la radiothérapie, ayant absorbé 36 unités H en onze séances, échelonnées en neuf mois, en voie de disparition, ne se manifestant plus cliniquement que par un léger bourrelet sans infiltration notable sous-jacente. On remarquera que tout foyer d'infiltration a complètement disparu et qu'on ne retrouve plus dans le derme qu'un tissu conjonctif sclérosé.

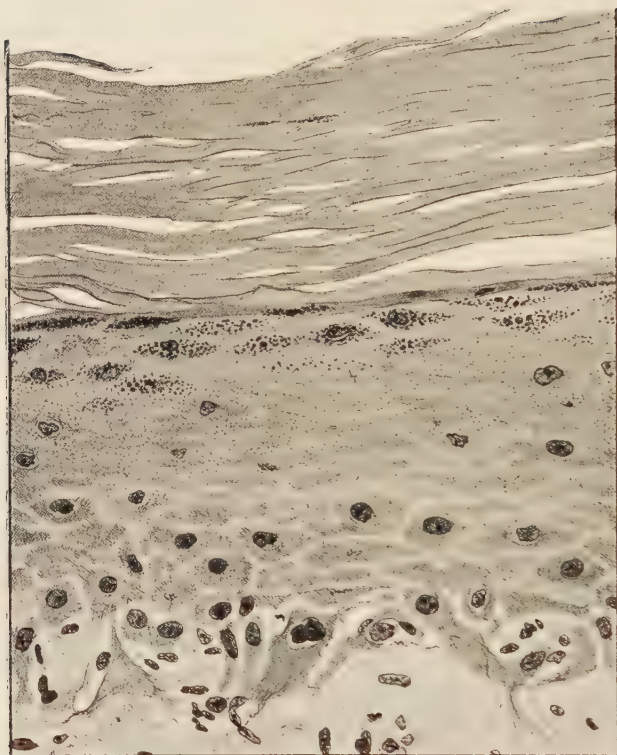


FIG. 9. — Grossissement 350 diamètres.

Détail de la figure précédente montrant les lésions particulières de l'épiderme dues aux applications radiothérapiques. On remarquera les lésions de dégénérescence spéciales des couches moyennes du corps muqueux où certaines cellules ne présentent plus de noyaux, ni limites intercellulaires et les altérations de la basale qui est dissociée, déchiquetée, et sur certains points ne se distingue presque plus du corps papillaire.

CHAPITRE VI

PATHOGÉNIE

Si l'on se rapporte à ce que nous avons écrit dans le chapitre « Chéloïdes sur acné », on verra que nous sommes convaincus qu'entre les chéloïdes du tronc reconnaissant une acné comme point de départ, et l'acné chéloïdienne vraie de la nuque, il existe des différences telles qu'il est impossible de confondre ces deux affections, malgré les caractères communs qu'elles offrent microscopiquement. Cependant, en raison même de ces caractères communs, en raison de ce processus chéloïdien qui est à la base de ces deux manifestations morbides, on peut se demander si elles ne reconnaissent pas une même pathogénie. Nous sommes donc amenés à résumer l'état actuel de nos connaissances, sur la cause des chéloïdes ordinaires, nous verrons ensuite si ces données peuvent nous être de quelque secours, pour expliquer la formation de l'acné chéloïdienne de la nuque.

Nous nous bornerons à rappeler que, pour les anciens auteurs, la chéloïde relevait d'une véritable prédisposition diathésique. Alibert, s'appuyant sur les nombreuses récidives consécutives aux essais d'ablation, regardait les chéloïdes comme relevant d'un processus cancéreux : il ne faisait du reste que traduire ainsi l'opinion de la plupart de ses contemporains de Lebert, de Velpeau, etc.

Bazin les rattachait à une diathèse fibroplastique, proche de la sclérodermie, mais entrevoyait déjà les rapports que,

d'admettre cette origine tuberculeuse pour un certain nombre de cas, en particulier pour toutes ces chéloïdes, qui évoluent sur un terrain scrofuleux, se reproduisant au niveau ou au voisinage de tuberculoses localisées, d'adénopathies bacillaires, etc. Mais, si l'on admet, comme le veut M. Darrier, que « c'est à tort qu'on a voulu distinguer *les chéloïdes cicatricielles* et *les chéloïdes spontanées* : qu'il s'agit d'une seule et même tumeur », il paraît pourtant impossible de croire qu'un sujet qui, à la suite d'une brûlure de vitriol, par exemple (liquide cependant antiseptique de par sa causticité), fait une chéloïde de la face, qu'un enfant brûlé au niveau du thorax par un cataplasme sinapisé et qui fait une chéloïde consécutive, soient brusquement atteints d'une tuberculose locale. Si l'origine tuberculeuse de certaines chéloïdes paraît donc à peu près démontrée, à l'heure actuelle, il nous semble impossible de généraliser cette donnée étiologique, et il est un grand nombre de cas dont la cause nous paraît encore imprécise.

Ces considérations sur la pathogénie et la nature des chéloïdes vraies peuvent-elles s'appliquer à l'acné chéloïdienne de la nuque ?

La question ne fait pas de doute pour les auteurs qui ne veulent voir dans cette dernière affection qu'une variante de la chéloïde ordinaire. C'est ainsi que les dermatologistes italiens dont nous avons déjà rappelé les travaux, Secchi, Taliani, Marcassi ont décrit dans l'acné chéloïdienne, comme dans la chéloïde, des blastomycètes, des microcoques, etc. Des auteurs allemands ont voulu considérer les corpuscules de Russell comme caractéristiques de l'affection qui nous occupe ; leurs travaux ont été battus en brèche et l'on a démontré que ces corpuscules doivent être regardés comme des dégénérescences cellulaires de nature colloïde, et qu'ils peuvent se retrouver dans d'autres dermatoses.

D'une façon générale, même pour les auteurs qui voient

dans l'acné chéloïdienne une affection distincte, sa nature infectieuse ne semble également pas faire de doute. Un certain nombre d'entre eux, s'appuyant simplement sur des données anatomo-pathologiques, la regardent comme une folliculite ou péri-folliculite à évolution fibrogène particulière, comme nous l'avons déjà exposé au chapitre de l'anatomie pathologique. Telle paraît être l'opinion de Leloir, du Pr Gaucher, de M. Brocq, de Sabouraud.

Aucun de ces dermatologistes n'incrimine cependant de parasite spécial à ces folliculites d'allure si anormale.

« On ignore sa nature écrit M. Darier, en parlant de l'acné chéloïdienne, et l'on a pas découvert l'agent microbien particulier dont la présence est probable. »

Peut-on appliquer à l'acné chéloïdienne les arguments en faveur de l'origine tuberculeuse probable de certains chéloïdes ? Telle est la question qu'il convient maintenant d'envisager. Si l'on se rappelle que certains auteurs (de Beurmann et Gougerot) s'appuient sur la présence possible de cellules géantes dans certaines chéloïdes jeunes pour affirmer leur nature tuberculeuse, il faut convenir que l'acné chéloïdienne présente ce caractère à un degré beaucoup plus haut. On ne peut pas ne pas être impressionné tout d'abord par ces groupes de cellules géantes que l'on retrouve disséminées dans le stroma conjonctif.

Cependant, les amas de cellules géantes les plus considérables se rencontrent dans des conditions un peu particulières : engainant certains poils, et se développant aux dépens des glandes sébacées, auxquelles il se substituent. Autour de ces cellules géantes on ne trouve presque jamais de cellules épithélioïdes, ni d'infiltration lymphoïde, rien qui rappelle l'ébauche d'un follicule tuberculeux. Nous savons certes, que, dans certaines tuberculoses cutanées atypiques la présence de follicule tuberculeux fait presque toujours défaut, et ce sont alors souvent les arguments plutôt clini-

ques qu'histologiques, qui tendent à faire établir un rapport entre la dermatose et la tuberculose. Presque tous les cas d'acné chéloïdienne que nous avons pu étudier se présentaient au contraire sur des sujets robustes, bien constitués, vigoureux, n'offrant aucun antécédent personnel ou héréditaire suspect.

Pour donner à cette discussion toute son ampleur, ce serait ici le lieu de discuter la valeur qu'il convient d'attribuer à la cellule géante, comme symptôme anatomo-pathologique de la tuberculose. Nous n'avons ni la place ni le temps voulu pour entreprendre une semblable discussion qui sortirait du reste du cadre de ce travail. Nous ne croyons pas d'ailleurs trop nous avancer en déclarant que, dans ces dernières années, la valeur symptomatologique de la cellule géante a perdu beaucoup de son importance. En dehors de la syphilis, de la lèpre, de la blastomycose, sporotrichose, et de toutes les mycoses en général, ne peut-on pas les retrouver dans le stroma de certains épithéliomas, surtout au niveau de la langue, dans le lichen plan où M. Sabouraud, dans un très intéressant travail signalait récemment leur présence ? Enfin, M. Pautrier nous a montré dans les épreuves d'un travail encore inédit sur l'acné papuleuse indurée, que l'on peut trouver dans les papules de cette affection, les plus beaux follicules tuberculeux avec bouquets de cellules géantes.

En résumé, celles-ci n'apparaissent donc plus que comme l'aboutissant de certaines infections ou inflammations chroniques. Il ne semble donc pas que leur seule constatation doive suffire à faire ranger une dermatose dans le groupe des tuberculoses cutanées atypiques ou tuberculides.

La réaction à la tuberculine n'a pu être pratiquée chez nos malades dont aucun n'était hospitalisé, cette réaction pour être valable, doit en effet être obtenue par l'injection sous-

cutanée de tuberculine et s'accompagner de réaction fébrile générale et de réaction locale au niveau des lésions. L'intradermo réaction est en effet tellement fréquente dans la clientèle parisienne et dans la classe populaire, à partir d'un certain âge, qu'elle perd presque toute valeur positive, et qu'on ne peut vraiment en tenir compte que si elle est négative.

La recherche des bacilles que nous avons pratiquée sur nos coupes avec coloration à froid au Ziehl et décoloration lente à l'acide acétique a toujours été négative.

Dans un seul cas nous avons pu pratiquer l'inoculation au cobaye d'un fragment important d'acné chéloïdienne, enlevé par ablation chirurgicale et trituré; cette inoculation est restée négative.

Nous ne croyons donc pas, dans l'état actuel de la question, pouvoir attribuer à l'infection tuberculeuse un rôle pathogénique dans la formation de l'acné chéloïdienne de la nuque.

Toutes les cultures que nous avons d'autre part pratiquées sur différents milieux ne nous ont jamais donné que du staphylocoque doré ou blanc. L'examen direct des poils ne nous a montré aucun parasite. Nous devons donc avouer notre échec complet.

Et, cependant en présence de la structure spéciale de l'acné chéloïdienne de la nuque, de ces plasmomes purs, de ces groupes de cellules géantes, formes cellulaires, que l'on ne rencontre guère que dans des affections parasitaires, on ne peut s'empêcher de penser, qu'il s'agit là presque à coup sûr, d'une dermatose d'origine infectieuse.

Peut-être y a-t-il dans l'histologie du tissu cellulaire de la nuque, à la fois épais, de structure dense et riche en follicules pileux, comme dans les frottements incessants auxquels cette région est soumise, frottements du col, qui, par de minuscules éraillures à la peau, peuvent créer autant de portes d'entrées..., des conditions adjuvantes, indéniables, qui

expliquent la localisation et l'allure spéciale de l'infection ?

Dans l'état actuel de nos connaissances, nous dirons donc que la nature infectieuse de l'acné chéloïdienne de la nuque est à peu près certaine, mais que nous ignorons encore tout du parasite à incriminer.

CHAPITRE VII

TRAITEMENT

La pathogénie obscure de l'acné chéloïdienne de la nuque, le peu de choses que nous savons sur sa nature, les faits, que la clinique livre chaque jour, devaient conduire à un traitement mal défini.

La chéloïde elle-même d'ailleurs est une de ces tumeurs que médecins et chirurgiens ont regardée longtemps comme un « *noli me tangere* ».

Les nombreux échecs de l'ablation ou de l'application d'agents physiques et chimiques, ont rendu circonspects à l'égard de cette variété de tumeurs.

Nous ne voulons pas entreprendre de décrire tous les traitements appliqués à l'acné chéloïdienne, il faudrait retracer tous ceux que nos prédécesseurs ont essayé sur la chéloïde spontanée ou cicatricielle, et ce serait un travail considérable.

Toutefois, nous donnerons un résumé succinct de ce qui fut fait avant nous, et nous esquisserons le plus brièvement possible les principaux essais thérapeutiques anciens et modernes.

Mais, disons dès maintenant, que les résultats relativement heureux donnés par la radiothérapie, nous conduisent

naturellement à préférer ce mode de traitement, et, c'est lui qui fera l'objet principal de ce chapitre.

Nous pouvons classer les différentes méthodes thérapeutiques qui ont été et sont encore préconisées contre l'acné chéloïdienne, en cinq grands groupes.

I. TRAITEMENT MÉDICAL. — Ce mode thérapeutique comprend toutes les variétés de préparations prises à l'intérieur, et les applications, caustiques, topiques, émollientes dues à des agents chimiques employés « in situ » sous forme de pommades, emplâtres..., lotions.

Ce paragraphe comportera donc le traitement interne ou général, et le traitement externe ou local.

II. TRAITEMENT CHIRURGICAL. — Il comprend :

L'ablation qui a été essayée à diverses reprises et par laquelle on se propose d'enlever la chéloïde comme une tumeur maligne, en évitant toute contagion du milieu opératoire.

A. Les scarifications préconisées par Vidal.

B. Galvanocautérisations.

C. L'ablation chirurgicale.

III. TRAITEMENT PAR L'ELECTRICITÉ. — Il comporte les différents modes d'applications électrothérapiques qui servent, soit à modifier, soit à guérir si possible les tumeurs chéloïdiennes. Nous passerons brièvement en revue les essais faits avec :

A. Electricité statique.

B. Courant continu : Ionisation.

C. Electrolyse.

D. Haute fréquence.

E. Photothérapie.

IV. TRAITEMENT PAR LA RADIOTHÉRAPIE.

a) *Traitement sans ablation chirurgicale* — C'est cette dernière méthode qui a toutes nos préférences, c'est elle qui paraît à l'heure actuelle donner les résultats les plus satis-

faisants et les plus constants; son mode d'application, sa technique, sont parfaitement réglés et précisés.

C'est elle que nous préconisons, aussi décrivons-nous avec plus de détails sa technique et ses résultats.

b) Traitement par l'ablation chirurgicale suivie de Radiothérapie. — L'excision des chéloïdiennes suivie d'application immédiate des rayons X, a déjà été essayée. Nous avons tenté avec M. Pautrier, le même procédé dans l'acné chéloïdienne de la nuque. Les résultats obtenus par cette méthode ont été excellents, et nous croyons devoir attirer particulièrement l'attention sur ce mode thérapeutique, qui semble n'avoir jamais été appliqué dans l'acné chéloïdienne de la nuque.

V. TRAITEMENT PAR LA RADIUMTHÉRAPIE. — Nous serons très brefs en ce qui concerne cette méthode, la plus récente, la moins connue, qui est encore à l'état d'étude, et dont nous n'avons pas une expérience personnelle suffisante.

I. — TRAITEMENT MÉDICAL

C'est surtout dans les premiers stades de l'acné chéloïdienne de la nuque, que le traitement médical trouve ses indications, bien appliqué et poursuivi avec suffisamment de soins et d'énergie lorsque le malade en est encore à la phase furonculaire ou acnéique, il peut même représenter un véritable traitement prophylactique des formations chéloïdiennes. Il met en œuvre les prescriptions d'hygiène générale et de régime, l'administration de médicament par voie interne, l'application externe de différents topiques que nous offre la pharmacopée dermatologique; nous allons passer successivement en revue ces trois méthodes thérapeutiques.

A. *Prescriptions d'Hygiène générale et de Régime.* — Ce sont celles qui s'appliquent en général aux furonculaires et aux acnéiques, et nous ferons pour les exposer, de larges emprunts au traitement interne de l'acné préconisé par M. Brocq.

Un premier point qui prend ici une importance toute particulière, est de mettre les téguments à l'abri de tout contact irritant et de tout frottement répété; nous avons montré au chapitre de l'étiologie, l'importance du port du faux-col qui explique la prédominance exclusive au sexe masculin de l'acné chéloïdienne de la nuque. Par ces frottements répétés, par les minimes éraillures qu'il fait à la peau, il crée de nombreuses portes d'entrée à l'infection microbienne. Quand

le stade furonculaire ou acnéique est réalisé, le faux-col irrite incessamment ces formations morbides, et contribue sans doute pour une part, à la transformation chéloïdienne. Il est donc de toute importance dans les cas semblables, de proscrire l'usage des faux-cols hauts et étroits, et de recommander inversement les faux-cols bas et larges et aussi souvent que ce sera possible les cols mous en étoffe souple.

On devra également s'assurer que le malade ne prend aucun médicament susceptible de provoquer par lui-même une éruption acnéique, tels que les iodures et bromures. La question du régime alimentaire est également fort importante ; l'usage de certains aliments trop excitants, des viandes en trop grande quantité, et surtout de beurre en trop grande abondance et de fromages fermentés, l'abus du vin et de l'alcool peuvent expliquer l'existence de poussées acnéiques.

Le premier soin du médecin doit donc être de mettre son malade à un régime sobre, et de supprimer tous les aliments susceptibles de pousser à la peau et d'ordonner des menus surtout végétariens, ne comportant qu'une fois par jour au grand déjeuner, un plat de viande fraîche, grillée ou rôtie.

Il faut insister, comme l'a montré M. le D^r Jacquet, sur la nécessité de manger très lentement et de mastiquer avec le plus grand soin. L'état du tube digestif doit ensuite attirer l'attention du médecin ; on soignera l'estomac si les digestions sont mauvaises par des moyens appropriés.

La coïncidence des poussées acnéiques avec des troubles dyspeptiques est si fréquente que cette indication est primordiale.

L'état des fonctions intestinales doit être l'objet d'une enquête attentive ; un acnéique et un furonculaire ne doivent jamais être constipés, la régularité des selles doit être assurée par le régime et si c'est nécessaire, par l'emploi des la-

xatifs si variés que la thérapeutique met à notre disposition, et que nous nous dispenserons d'énumérer ici.

L'usage de mouvements rythmés de la sangle abdominale sous forme de massage, de gymnastique en chambre, de mouvement d'assouplissement donnera souvent dans ce sens les meilleurs résultats.

Après le tube digestif tous les autres organes doivent être passés successivement en revue, et, l'on s'efforcera de modifier les troubles qu'ils pourraient présenter.

En un mot ces règles d'hygiène local et général consistent essentiellement à mettre la peau de la région atteinte, à l'abri de tout contact irritant et à placer l'organisme général du malade dans les conditions qui assurent son bon fonctionnement.

B. *Traitement interne.* — Nous ne croyons pas qu'il y ait de remèdes spécifiques contre l'acné administrés par voie interne ; beaucoup sont d'heureux modificateurs dans certains cas, alors que dans d'autres ils restent infidèles et peuvent même avoir une action néfaste ; aussi, faut-il toujours tenir compte de la réaction individuelle vis-à-vis d'un médicament... ; quoiqu'il en soit, les préparations données à l'intérieur restent de bons auxiliaires avec lesquels il faut savoir compter.

Le nombre de ces préparations est considérable, nous ne citerons que celles qui ont réellement un effet bien constaté et qui doivent toujours être tentées dans l'acné chéloïdienne de la nuque au début.

L'Ichtyol donné à la dose de deux à trois capsules de 0 gr. 25 centigrammes, par jour fut préconisé par Unna. C'est un bon médicament que M. Brocq conseille souvent dans les cas d'acné.

L'arsenic se donne à la dose quotidienne de cinq à quinze milligrammes ; l'arseniate de soude constitue une bonne pré-

paration. Ce médicament a été administré suivant bien des modes suffisamment connus pour que nous n'insistions pas; il a été également employé par Piffard à très petite dose, sous forme de « Bromure d'arsenic ».

Rappelons ici que lorsqu'on s'adresse à l'arsenic, il faut toujours surveiller le malade de très près pour savoir prévenir à temps les pigmentations cutanées.

L'Ergotine seul ou combiné à la digitale, quinine, belladone, hamamelis aurait donné d'heureux résultats au début même des acnés polymorphes.

Le soufre tient la première place parmi les préparations qu'ont peut regarder comme spécifiques de l'acné.

Il peut être administré par la voie digestive, soit en nature, soit sous une autre forme, en pastilles par exemple, ou bien mélangé à parties égales avec du miel.

On a également essayé à l'intérieur les eaux sulfureuses ou des composés sulfureux artificiels. Le sulfure de lithium, le sulfure de calcium, ont eu longtemps de nombreux partisans.

La levure de bière fraîche. — Cette dernière préparation est nettement indiquée dans l'acné furonculaire; elle est préconisée par M. Brocq. La levure de bière, dont nous voulons parler, n'a rien de commun avec la préparation sèche en granules que l'on trouve dans le commerce.

La levure de bière que nous préconisons doit être fraîche, ne doit pas être altérée; elle est de consistance molle, gélatineuse, et de couleur brune; elle se prend dans les brasseries qui fabriquent quotidiennement de la bière; c'est donc à la levure de bière du jour même qu'il faut s'adresser.

On la fait prendre suivant la méthode que conseille M. Brocq: deux à trois cuillerées à soupe par jour pendant la première semaine, puis augmenter le nombre de cuillerées et monter jusqu'à six ou sept si le malade peut le supporter.

C. *Traitement local*. — Nous venons de voir que le traitement interne de l'acné chéloïdienne de la nuque était peu important; nous ne devons pas cependant le négliger, bien au contraire, il constitue un précieux adjuvant en modifiant en bien l'organisme de l'individu et en le préparant ainsi au traitement local: c'est-à-dire au traitement proprement dit de la lésion.

De nombreuses préparations, pommades, lotions, emplâtres, pâtes ont été préconisées; nous citerons seulement les plus usitées, celles que le praticien peut employer quand il n'a pas à sa disposition les nouveaux moyens thérapeutiques.

Ce sont: a) Les lotions chaudes et alcoolisées.

b) Les Mercuriaux.

c) Le chlorhydrate d'ammoniaque.

d) Le soufre.

e) Le savon noir.

f) L'Icthyol.

g) Les topiques variées.

h) Substances modificatrices.

a) *Les lotions chaudes et alcoolisées*, sont le traitement de choix des formes peu intenses de celles du début en particulier. Elles agissent en nettoyant la peau; elles se font avec de l'eau aussi chaude que possible, additionnée d'eau de Cologne ou d'eau-de-vie camphrée. C'est un traitement facile qui peut être fait matin et soir et qui, nous le disons, suffit dans les formes bénignes, pour dans quelques cas faire disparaître les pustules d'acné ou les faire avorter.

Les pulvérisations faites avec une solution antiseptique ont les mêmes propriétés et réussissent également bien.

Benard (1) a préconisé les pulvérisations dans l'acné chéloïdienne de la nuque avec l'eau de Saint-Christan.

(1) BÉNARD. *Annales d'Hychologie*, n° de mai 1902.

b) *Traitement par les mercuriaux.* — Ce mode de traitement est complémentaire du précédent, on savonne les points malades et on les lotionne, par exemple, avec la solution suivante que conseille M. Brocq :

Bichlorure d'hydrargyre.....	1 gr.
Alcool à 90°.....	100 gr.
Eau distillée.....	150 gr.

Il faudra toujours prévenir les malades d'une irritation possible; chaque sujet réagissant d'une façon différente. Nous ne saurions trop insister sur ces idiosyncrasies si bizarres de chaque individu.

Pendant la nuit on pourra employer la pommade au calomel à 1 pour 40 ou à 1 pour 20.

Tous les autres composés mercuriels peuvent être employés; il faudra se défier des cicatrices indélébiles que laisse le *nitrate acide de mercure* que l'on dépose dans chaque pustule d'acné. C'est un médicament qu'on doit appliquer soi-même, et ne jamais le confier au malade.

L'*Emplâtre de Vigo* a donné aussi des succès très appréciables. Cette méthode a été souvent employée dans l'acné chéloïdienne de la nuque et l'est encore de nos jours. Avant d'appliquer l'emplâtre, il faut avoir soin de nettoyer la peau et de faire l'épilation (on doit épiler deux à trois fois par semaine). L'emplâtre est ensuite appliqué; il faut renouveler le Vigo tous les jours.

Ce mode de traitement est particulièrement recommandé par M. Sabouraud.

c) *Traitement par le chlorhydrate d'ammoniaque.* — Ce médicament s'applique au moyen de compresses qui en sont imbibées; on recouvre le tout d'un taffetas chiffon.

La susceptibilité du sujet, là encore, sert de guide pour déterminer la durée d'application.

On peut employer la solution suivante :

Chlorhydrate d'ammoniaque....	1 gr.
Eau distillée.....	100 gr.

Cette solution est très forte et ne doit être employée qu'en attouchement.

La solution dont on se sert pour pansements humides est à 1 pour 1000.

d) *Traitement par le soufre.* — Toutes les préparations que nous venons d'énumérer sont bonnes, mais la plus active à n'en pas douter est indiscutablement le *soufre*.

Les savons soufrés sont trop connus pour que nous en parlions ; il en est de même des bains dont on abuse d'ailleurs.

Les lotions soufrées sont beaucoup plus efficaces ; on peut se servir du poly-sulfure de potassium liquide, ou bien :

Polysulfure de potassium...	2 à 4 gr.
Eau distillée.....	100 gr.

ou encore :

Polysulfure de potassium liquide,
XXX gouttes dans un verre d'eau.

En lotion tous les matins.

On peut se servir d'une lotion soufrée, dont les formules sont très nombreuses :

Soufre précipité.....	10 gr.
Alcool camphré.....	20 gr.
Glycérine.....	5 gr.
Eau de Rose.....	} aa p. b. 100 gr
Eau.....	

(DARIER).

Toutes ces lotions s'emploient après que l'on a pratiqué l'épilation à la pince.

Les Pâtes au taux de 1 pour 15 ;

Les Pommades de 1 pour 40 ;

Sont aussi très employées.

On peut incorporer aux pâtes ou aux pommades soufrées des topiques variés.

Voici, par exemple une des formules recommandées par M. Brocq, dans laquelle le soufre est associé à un autre réducteur :

Naphtol B.....	1 gr.
Soufre précipité.....	2 gr.
Oxyde de zinc.....	5 gr.
Lanoline	5 gr.
Huile d'amandes douces.....	7 gr.
Extrait de violette.....	Q. s.

Quand on emploie le soufre, nous faisons remarquer qu'il faut surveiller son malade et compter avec sa susceptibilité, savoir arrêter les applications et revenir à une pâte peu active si les téguments étaient irrités.

e) Traitement par le savon noir. — Son emploi est plutôt réservé aux cas d'acné généralisée. Il entre dans la composition de la pommade forte contre l'acné, et n'est que rarement employé pur contre l'acné de la nuque.

f) Traitement par l'ichtyol. — On sait quel puissant désinfectant est l'ichtyol ; nous le recommandons particulièrement, il est bien supporté par les malades.

On peut l'employer pur, en attouchement sur les pustules ou sur les petits furoncles, ou bien en pansements humides ; dans ce dernier cas, on se sert d'une solution ichtyolée à 10 pour 100.

L'ichtyol peut être employé sous forme de pâtes ou pommades, pur, ou associé à d'autres antiseptiques.

Les pâtes sont à 1 pour 10, les pommades à 1 pour 20.

g) Autres topiques. — On a préconisé beaucoup d'autres préparations antiacnéiques, dans lesquelles rentrent divers topiques.

Nous signalons la resorcine, le nitrate d'argent, l'acide sa-

licylique, chrysophanique, etc. Ces préparations sont d'un emploi délicat et, nous ne saurions trop attirer l'attention sur les irritations qu'elles sont susceptibles de produire.

Nous ferons une exception en faveur de la résorcine qui a été employée quelquefois avec succès; on l'applique sous forme de pâte résorcinée, dans laquelle la dose de résorcine peut aller jusqu'à 50 pour 100. Ces pâtes ne doivent être appliquées que pendant un temps très court, par le médecin lui-même, et tous les huit jours seulement. C'est là la méthode de la cure d'exfoliation.

h) Substances modificatrices. — On a essayé de modifier le tissu chéloïdien en injectant dans son épaisseur même, des substances modificatrices, susceptibles de le ramollir et de l'assouplir.

Nous signalerons, en particulier, l'huile créosotée et la thiosinamine, dont la fibrolysine de Merck n'est qu'un dérivé.

L'huile créosotée, préconisée d'abord par P. Marie (1) a donné, entre les mains de Balzer et Mousseaux, d'heureux résultats.

La thiosinamine, essayée par R. C. Newton (2) et Tousey (3) dans différentes tumeurs chéloïdiennes, en injections locales, a été également administrée par la bouche. Ce mode d'administration du médicament est préférable.

La fibrolysine de Merck est aujourd'hui la préparation la plus employée. Elle peut s'injecter soit localement, soit en un point quelconque du corps. Associée à une méthode plus active, elle représente un adjuvant précieux par l'assouplissement et le ramollissement qu'elle détermine dans le tissu chéloïdien.

(1) P. MARIE. *Société médicale des Hôpitaux*, 3 mars 1893.

(2) R. C. NEWTON. *New York medical journal*, 20 mars 1897.

(3) TOUSEY. *New York medical journal*, 6 novembre 1897.

II. — TRAITEMENT CHIRURGICAL

Le traitement médical n'est suffisant que dans les périodes de début acnéique ou furonculaire ; il est impuissant à produire la guérison complète de l'acné arrivée au stade chéloïdien, il peut améliorer la lésion, mais, là se borne toute son action.

Il doit toujours être complété par le traitement chirurgical sous une des formes suivantes :

Scarifications.

Galvano-cautérisations.

Ablation.

A. *Scarifications*. — Il est impossible de séparer le traitement chirurgical du traitement médical ; séparés, ils constituent un mode thérapeutique incomplet ; combinés, ils représentent un traitement vraiment efficace.

C'est ce que Vidal a très bien montré, dans son admirable mémoire ; c'est, en effet, en 1881, que Vidal (1) inaugure cette méthode, qui devait donner des résultats si remarquables, dans les différentes dermatoses où elle a trouvé son application, et qui, de nos jours, constitue un moyen thérapeutique admirable du « lupus vulgaire ».

Voici dans quelles conditions Vidal a été conduit à essayer ce mode de traitement, en apparence paradoxal dans la ché-

(1) VIDAL, *Société de Chirurgie*, séance du 27 janvier 1881.

loïde ; ce fut empiriquement qu'il le tenta, la première fois.

Une jeune fille était atteinte depuis cinq ans d'une chéloïde cicatricielle, consécutive à une brûlure par de l'essence minérale ; elle fut traitée sans le moindre succès pendant plusieurs mois, par les douches et par l'emplâtre de Vigo. Elle entre à l'hôpital Saint-Louis, se plaignant de douleurs lancinantes très vives, développées dans la tumeur cicatricielle. M. Vidal, dans le but de sectionner les filets nerveux de la peau, fit des scarifications linéaires quadrillées à deux reprises différentes et à huit jours d'intervalle. Les douleurs cessèrent complètement. Après une troisième opération, la chéloïde semblait moins dure et moins volumineuse. Les incisions se cicatrisaient sans laisser de traces. Le traitement fut continué et graduellement la tumeur disparut.

Au mois de mai suivant après dix-huit séances de scarification, la guérison était presque terminée.

Désormais la méthode était créée, et, depuis a donné des résultats merveilleux dans les mains de Vidal et de Brocq, son élève.

Vidal (1) conseille de faire les scarifications dans la chéloïde à une distance de deux millimètres l'une de l'autre, quadrillées, à angle droit ou obliquement et empiétant un peu sur le tissu sain. « Il faut, dit-il, qu'elles intéressent toute l'épaisseur de la chéloïde, laquelle s'enfonce au-dessous de la peau trois fois autant qu'elle s'élève au-dessus d'elle ».

La chéloïde scarifiée est d'abord pansée avec de l'ouate imbibée d'eau boriquée, et, le lendemain, on applique de l'emplâtre de Vigo renouvelée matin et soir.

Les scarifications bien faites représentent donc un bon mode de traitement de l'acné chéloïdienne de la nuque, susceptible de déterminer une guérison complète. Mais, comme

(1) VIDAL. *Annales de Dermatologie* 1896, t. I, page 206.

toujours, cette méthode est passible de deux objections : elle est douloureuse, et elle demande un temps très long pour donner un résultat.

Néanmoins cette méthode rendra de précieux services dans les cas où le médecin ne pourra s'adresser aux méthodes modernes. Elle compte encore à l'heure actuelle de nombreux partisans et est employée dans plusieurs services de Dermatologie.

Nous avons vu le D^r Bodin, de Rennes, obtenir de bons résultats par cette méthode dans l'acné chéloïdienne de la nuque.

B. Galvano-Cautérisations. — A l'inverse des scarifications qui agissent sur le tissu chéloïdien lui-même, les galvano-cautérisations ne peuvent être employées efficacement que comme adjuvant pour ouvrir les pustules, les foyers encore habités et les vider de leur pus. On les combine en général avec un traitement par les pommades, pâtes, lotions..., c'est la thérapeutique employée longtemps par M. le professeur Gaucher dans son service ; elle a donné de bons résultats.

Nous n'insistons pas sur sa technique que tout le monde connaît.

C. Ablation de la Tumeur. — Devant la lenteur des procédés que nous venons d'étudier et l'efficacité parfois douteuse de leurs résultats, certains auteurs ont eu l'idée d'essayer l'ablation chirurgicale des chéloïdes en traitant ces dernières comme des tumeurs malignes ; c'est-à-dire en faisant porter l'incision en plein tissu sain, à un demi-centimètre de la lésion et en évitant soigneusement de toucher à cette dernière avec les instruments.

Cette méthode, sauf peut-être pour les chéloïdes anciennes et dont l'évolution est franchement terminée, n'a donné dans la plupart des cas que des résultats décevants. La ché-

loïde récidive en général sur la nouvelle cicatrice opératoire et prend par suite des proportions beaucoup plus vastes ; souvent les points de sutures deviennent eux-mêmes le point de départ de petites chéloïdes accessoires.

Nous estimons donc que l'ablation chirurgicale seule représente une méthode infidèle et dangereuse.

Il en va peut-être autrement de l'ablation suivie immédiatement de l'application des rayons X répétée à plusieurs reprises par la suite.

Nous avons eu l'occasion d'appliquer ce procédé avec M. Pautrier à l'un de nos malades sur une formation chéloïdienne de la nuque sans la moindre récidive, et, devant cet excellent résultat, et à la demande même du malade, nous avons opéré de même un second point d'acné chéloïdienne voisin, situé sur l'autre côté du sillon de la nuque.

III. — ÉLECTRICITÉ.

L'électricité dans ses diverses modalités devait trouver son application pour le traitement des tumeurs chéloïdiennes de la nuque, et se substituer aux méthodes médicales, chirurgicales et autres procédés, qui donnaient souvent des résultats trop inconstants.

A. — Electricité Statique.

Ce fut le D^r Marat (1) le trop célèbre conventionnel, électrothérapeute du comte d'Artois qui le premier eut l'idée d'employer l'électricité statique aux tumeurs ; mais c'est un siècle plus tard, en 1897, que le professeur Derville découvrit fortuitement l'action des étincelles statiques sur la disparition des chéloïdes.

Il employait une machine de Winshurtz ordinaire à plateau d'ébonite de 50 centimètres et donnant des étincelles de 3 centimètres.

Voici comment il opérait :

« Un des collecteurs de la machine est mis en communication, au moyen d'un conducteur métallique, avec un tabouret à pied de verre sur lequel est disposé un siège quelconque. L'opérateur tient en main un excitateur à boule, relié au sol par une chaîne métallique. L'opérateur approche lentement l'excitateur de la chéloïde pour permettre la pro-

(1) MARAT. *Mémoire sur l'électricité médicale*, 1764.

duction d'étincelles et il le promène lentement sur toutes les parties de la tumeur.

La séance doit durer de cinq à dix minutes, Derville a obtenu par cette méthode des succès dans les chéloïdes vraies, la diminution de la douleur, de même que la fonte de la tumeur.

Nous ne connaissons pas d'observations d'acné chéloïdienne traitée par cette méthode.

B. — Courant continu : Ionisation.

Leduc(1) de Nantes cite quelques cas de cicatrices hypertrophiques traitées par le courant continu. Comment les tumeurs chéloïdiennes bénéficient-elles de ce traitement? Voici la théorie que donne Leduc : « Ces courants provoquent surtout l'organisme un double courant des ions, l'hydrogène, les métaux et les radicaux métalliques descendent le courant; l'hydracite (OH) et les radicaux acides remontent le courant, c'est sans doute à la provocation de ces mouvements qu'est due l'action thérapeutique, la restauration de la nutrition et le retour à l'état normal. »

Ce procédé n'a pas été employé dans l'acné chéloïdienne de la nuque, du moins nous ne connaissons pas d'observations. Il serait à souhaiter de voir ce que donnerait la méthode de cette dermatose.

Dans un article plus récent sur l'ionisation. Le duc insiste à nouveau sur la bienfaisance de cette méthode dans les tumeurs, les épithéliomas, et les kéloïdes.

« Lorsqu'on applique, dit Leduc à la fin de cette étude, la destruction ionique à des tumeurs non susceptibles de généraliser comme les chéloïdes par exemple, on aura un résultat plus rapide en traversant la base par des aiguilles de zinc ou d'acier en laiton galvanisé.

(1) LEDUC. *Gazette médicale de Paris*, 1902.

Le zinc s'ionise bien plus facilement que le fer et le cuivre et l'introduit seul dans les tissus » (1).

C. — Électrolyse.

C'est au docteur Hardaway, de Saint-Louis (États-Unis d'Amérique) que revient la priorité de cette méthode dans le traitement des cicatrices et des chéloïdes.

L'histoire de la découverte de ce procédé est analogue à celle de Derville dans son traitement des chéloïdes par l'étincelle statique. C'est empiriquement, en effet, que Hardaway découvrit sa nouvelle méthode. Il détruisait des poils chez une dame, dont le visage était couvert de nombreuses chéloïdes, d'origine traumatique, et, en pratiquant l'épilation, il conduisait son aiguille dans les orifices pileux, devenus sinueux par le fait du tissu cicatriciel. Après quelques séances d'électrolyse il fut très surpris de voir ces productions chéloïdiennes diminuer et s'assouplir.

Alors, essayant ce nouveau procédé sur plusieurs malades atteints de chéloïdes, il constata le même phénomène.

Les chéloïdes s'aplatissaient et la peau reprenait sa souplesse normale, c'est ce que l'auteur nous révèle dans une communication faite à l'*Association dermatologique américaine*, le 27 août 1865.

Un an plus tard il fait paraître dans le *Philadelphia medical Times*, 29 mai, année 1866, une note brève dans laquelle il recommande l'électrolyse comme traitement des cicatrices vicieuses en particulier des chéloïdes.

Le procédé a été vulgarisé en France par notre maître M. Brocq (2).

Il publia dans la « thérapeutique contemporaine », plu-

(1) LEDUC. Étude sur l'ionisation, *Archives d'électricité médicale*, 23 février 1910, p. 125.

(2) Dr BROCC. Traitement des kéloïdes par l'électrolyse du *Journal de médecine de Paris*, 1867, p. 11.

sieurs observations de cas traités avec cette méthode. Enfin dans le journal de médecine de Paris 1887, M. Brocq nous donnait magistralement la technique qu'il emploie. Nous ne saurions mieux faire que de citer textuellement la si minutieuse description de cette méthode.

« Je me sers d'une pile à courants continus Chardin, au bichlorure de mercure à 24 éléments. Le pôle positif est représenté par un cylindre métallique recouvert de peau de chamois que l'on trempe dans de l'eau salée, et, que le malade tient dans sa main. Au pôle négatif est placée une assez fine aiguille en platine légèrement irridié... Je crois utile de mettre un arrêt en cire à cacheter sur l'aiguille à une distance de la pointe qui correspond à l'épaisseur présumée de la chéloïde, afin que l'on sache bien à quelle profondeur l'on se trouve quand on fait pénétrer l'aiguille dans les tissus.

« L'introduction de l'aiguille est presque toujours fort douloureuse, assez difficile quand on se sert d'aiguilles en platine à cause de la résistance des tissus. On rend cette introduction beaucoup plus facile en imprimant à l'aiguille un mouvement de rotation assez rapide : il suffit pour cela de faire rouler entre le pouce et l'index le cylindre auquel elle est adaptée...

« Il est également plus aisé de faire pénétrer l'aiguille pendant qu'agit l'électricité. Aussi ai-je l'habitude de faire passer le courant dès que la pointe de l'aiguille est en contact avec le point à opérer. On peut cependant faire pénétrer d'abord l'aiguille à la profondeur voulue avant de commencer à électrolyser les tissus.

« Pour éviter au malade les secousses et les douleurs trop vives, je tourne assez lentement le commutateur de la pile jusqu'à ce que l'aiguille du galvanomètre marque 5 milliam-pères environ.

« Quand l'électricité a suffisamment agi, je ramène un peu plus rapidement le commutateur au zéro avant de retirer

l'aiguille. Il se forme autour de l'aiguille une zone d'un blanc jaunâtre ou d'un blanc mat au niveau de laquelle, en regardant avec attention, on voit se produire dans les tissus des sortes d'éclatements rayonnés; les malades éprouvent eux-mêmes parfois une sensation d'éclatement intérieur, plus souvent ils souffrent de brûlures extrêmement vives; la douleur est toujours fort intense ou avec un courant de 5 milliampères, il faut de 15 à 30 secondes pour obtenir la formation d'une zone blanchâtre périphérique de 3 à 5 millimètres de rayon.

« Dès qu'elle me semble constituée ou bien dès que je vois que les tissus sont assez décomposés autour de l'aiguille pour que celle-ci joue librement, je cesse de faire passer l'électricité; je fais une deuxième piqûre à un centimètre environ de la première, de telle façon que les zones blanchâtres produites deviennent presque tangentes, et je continue ainsi jusqu'à ce que j'ai lardé toute la chéloïde.

« Les piqûres ainsi faites, guérissent au bout de huit à quinze jours, et disparaissent alors totalement sans qu'il se forme autour d'elles la moindre tuméfaction chéloïdienne. »

M. Brocq n'a pas voulu employer plusieurs aiguilles accouplées, le seul avantage qui en résulterait serait d'opérer plus promptement, mais les douleurs seraient plus pénibles. Le maniement d'un tel système présente de réelles difficultés. Il ne faut pas oublier que le résultat cherché est un résultat esthétique, et que toute maladresse ou inattention peut le troubler. Ces piqûres sont quelque peu douloureuses surtout au moment de l'établissement du courant, elles s'atténuent graduellement. En tout cas elles sont assez bien supportées par les gens qui ne sont pas trop pusillanimes.

Les tentatives d'anesthésie locale en raison même de la nature des productions chéloïdiennes ne produisent qu'un simulacre d'anesthésie, elles troublent sensiblement l'apparition des réactions locales, guide indispensable de toute électrolyse.

Quel intervalle de temps doit-il exister entre les séances d'électrolyse? Voici ce que nous dit M. Brocq à ce sujet.

« Jusqu'à plus ample informé, je croirais volontiers que l'on peut faire avec avantage une séance d'électrolyse tous les huit jours, et qu'il serait bon qu'un point donné de la kéloïde subisse l'action directe de l'électricité au moins une fois tous les quinze jours, j'estime néanmoins, d'après ce que j'ai vu, que l'action curative de l'électricité n'est pas bornée aux points directement touchés, elle semble se faire sentir assez loin en dehors des piqûres et des zones blanchâtres périphériques. »

Telle est la magistrale description donnée par notre éminent maître, pour traiter les chéloïdes par cette délicate méthode.

Mais, si M. Brocq a obtenu de bons résultats avec ce procédé, il ne regarde pas cette méthode comme infaillible, il la regarde comme un adjuvant des autres et conclut en la plaçant à côté des autres procédés connus, en particulier à côté du traitement par les scarifications linéaires quadrillées et par le Vigo.

Depuis les tentatives faites par Hardaway et par Brocq, d'autres électrothérapeutes ont appliqué avec succès cette méthode.

A l'heure actuelle la technique a peu varié, et l'on se sert toujours de l'électrolyse monopolaire négative, dont l'action est ramollissante, fluidifiante comme le dit Apostoli, tandis que l'électrolyse monopolaire positive est coagulante et trouve son emploi dans les tumeurs vasculaires.

En général, on se sert d'une électrode positive (indifférente) trempée dans de l'eau salée et que le malade tient dans sa main très fortement, le pôle négatif, auquel l'aiguille est reliée, constitue l'électrode active. Pour ne pas produire de lésions destructives de l'épiderme, lésions qui donneraient des points cicatricielles disgracieux, on peut recouvrir d'un vernis l'aiguille sur sa partie en contact avec cette région.

Ce procédé est assez difficile à réaliser en pratique. De cette façon l'aiguille ne laisse passer le courant que dans la partie privée de vernis, là seulement se produisent les phénomènes électriques. Deux facteurs régissent l'application de l'électrolyse, ce sont d'une part, l'intensité du courant sous un potentiel déterminé, et, d'autre part, le temps pendant lequel on fait passer le courant. On sait en effet que les phénomènes électrolytiques pour un tissu déterminé, sont fonction du nombre de wat-heures dépensées.

Il est intéressant de se demander comment la tumeur diminue ? Et quels sont la cause de cette diminution ?

Ces modifications ne sont que le résultat de l'électrolyse elle-même. Les tissus organiques peuvent être assimilés à un électrolytique, donc des solutions capables de se décomposer sous l'influence du passage du courant. L'hypothèse disions-nous apprend que le courant électrique agissant sur un tel milieu rompt l'équilibre de l'atome (NaCl) : Na (sodium) va à la cathode et l'ion Cl (chlore) va à l'anode.

C'est là l'effet primaire de l'électrolyse (Bergonié). Au contact des électrodes les ions se déchargent, deviennent atomes et réagissent sur le milieu ambiant. Le sodium en présence de l'eau (tissu) donne de la soude et il se dégage du gaz de (l'hydrogène).

On constate en effet que des bulbes s'échappent tout autour du point d'implantation de l'aiguille. On peut formuler ainsi le phénomène :



Le chlore de son côté en présence de l'eau (tissus) donne de l'acide chlorydrique et toute une série de composés oxygénés. Il se dégage de l'oxygène.



Il y a donc maintenant une base à la cathode et un acide à l'anode. Nous avons supposé que notre aiguille active était

reliée au pôle négatif: Cette formation de base a pour résultat une action ramollissante et fluidifiante sur les tissus.

En pratique, dans la majorité des cas, il n'est pas utile de dépasser cinq à six milliampères sauf dans les cas de tumeurs très volumineuses, où, pour aller vite, on veut agir énergiquement. La durée du passage du courant pour chaque piqure varie de 20' de 25 à 50''. Ce sont là des temps moyens que l'on peut accepter comme ordre de grandeur. Ces valeurs sont essentiellement variables d'un sujet à un autre : on ne peut formuler de loi générale.

Le point capital qui fixe la durée du passage du courant, pour une intensité déterminée, est l'apparition d'une zone blanchâtre entourant l'aiguille.

Cette zone commence à apparaître quelques instants après la fermeture du circuit, elle s'étend progressivement tout autour de la région occupée par l'aiguille.

La peau, à peine décolorée, passe par une teinte rose claire ; cette coloration s'atténue, et enfin on voit les tissus devenir franchement blancs rappelant l'aspect d'un placard atrophique. Ces modifications vont en s'atténuant graduellement à mesure que l'on s'éloigne de la région occupée par l'aiguille. C'est à ce moment qu'il est nécessaire d'arrêter le courant en ramenant progressivement l'intensité à 0, si l'on ne veut pas produire une destruction en masse de la chéloïde une véritable escharre dont l'effet est désastreux.

Si en effet on laissait se prolonger l'action du courant ; à la teinte blanche succéderait une teinte grisâtre, signe certain d'une action trop intense, c'est-à-dire d'une mortification en masse des tissus.

En effet, la clinique et les faits témoignent l'action bien-faisante de l'électrolyse, et, si cette méthode ne doit pas constituer un traitement infailible dans les formations chéloïdiennes. Elle reste un adjuvant précieux pour le der-

matologiste. C'est ce que M. Brocq a bien dit quand il conseille de la combiner à une autre méthode.

Tel est le procédé classique de l'électrolyse, quelques opérateurs ont apporté des variantes.

Ainsi, Vasticar utilise des aiguilles en forme de lames tranchantes que l'on peut considérer comme des scarificateurs. Il les relie au pôle négatif; le pôle positif était constitué par une électrode indifférente placée sur le dos du sujet. Ce procédé a été employé dans des cas de couperose de la face.

Nous ferons remarquer qu'il s'agit d'électrodes attaquables et qu'en dehors de l'action électrique pure, il faut considérer les ions dégagés par le scarificateur qui constitue une cathode attaquable. Nous ne croyons pas que cette méthode serait indiquée dans l'acnée chéloïdienne de la nuque.

D. — Haute fréquence.

Les propriétés physiologiques des courants de haute fréquence devraient trouver leur application dans les cicatrices hypertrophiques, chéloïdes, acné chéloïdienne. Alors que nombreuses dermatoses ont bénéficié de ce traitement, il ne semble pas que l'affection qui nous intéresse, ait été soumise à la haute fréquence. Le Dr Berthon rapporte dans le mois thérapeutique, qu'il a vu plusieurs malades dans le service (Charcot à la Salpêtrière), porteurs de cicatrices vicieuses consécutives à des gommages qui, ont été améliorées par la haute fréquence. Bissérié l'a essayée et a réussi à améliorer des chéloïdes.

Nous ignorons totalement l'action de la haute fréquence sur l'acné chéloïdienne. Nous ne connaissons pas d'observation qui nous permette d'avoir une opinion. Peut-être la tentative serait-elle heureuse ? Il est certain que les papillomes, les verrues planes en particulier, regressent sous l'influence

(1) VASTICAR. *Annales de Chirurgie et d'Orthopédie*, année 1899.

des étincelles de condensation. Mais pour ces dernières, souvent le résultat est très long à obtenir.

Rien ne prouve du reste, que la chéloïde se comporterait comme les papillomes.

Il semble même, que les tissus chéloïdiens seraient peu influencés par les courants de haute fréquence.

Cependant, Chabry (1) a traité avec succès des chéloïdes de la joue.

Elles s'étaient développées à la suite de brûlures.

L'auteur utilise une électrode pointue reliée au résonateur de Oudin.

« L'électrode est placée à un centimètre environ du lieu à toucher, un aide faisant fonctionner l'appareil à haute fréquence et l'arrêtant presque aussitôt, de façon que les tissus soient anémiés (blanc), mais non mortifiés (noir). »

On peut traiter, dit Chabry, un grand nombre de points sans endormir le malade, les douleurs sont supportables.

Les chéloïdes ont disparu après une cinquantaine de séances, le traitement a duré un an.

Nous n'avons pas expérimenté ce procédé.

Du reste dans l'affection qui nous occupe, il faut envisager l'épaisseur de l'infiltration, c'est un facteur peu favorable, il nous a fait rejeter la méthode. Enfin il ne faut pas oublier que parfois des productions chéloïdiennes se sont développées sur des tissus traumatisés et brûlés par l'étincelle de haute fréquence. Laquerrière (2) signale un cas de production chéloïdienne développée sur un nævus plan traité par des étincelles chaudes de haute fréquence. Si cette modalité électrique n'a pas été la cause directe de la chéloïde, elle n'a pas empêché le développement de cette tumeur. A ce titre la Haute fréquence, ne nous paraît pas un procédé de choix.

(1) CHABRY. *Bulletin officiel de la Société d'électrothérapie et de radiologie*, juin 1910.

(2) LAQUERRIÈRE. *Ibid.*, juin 1910 : n° 6.

E. Photothérapie.

La photothérapie a été essayée avec succès dans l'acné polymorphe; nous ne connaissons qu'une observation d'acné chéloïdienne de la nuque traitée par ce procédé.

Dans la période du début, période où la lésion est acnéique, on peut tenter la méthode de Finsen suivant les indications de Leredde et Pautrier (1). La technique est la même que dans le lupus vulgaire. La durée d'application est variable avec les appareils; il faut 20 minutes avec les appareils de Lortet-Genoud ou Marie, un temps plus long avec ceux de Finsen.

Il se forme au bout de quelques heures une réaction avec rougeur, tuméfaction et formation de croûtes; remarquons que plus la durée de la séance a été longue, plus la réaction est tardive à apparaître. Les auteurs regardent cette méthode comme un procédé de choix dans les acnés vulgaires anciennes.

La photothérapie n'a pas été employée très souvent dans l'acné devenue chéloïdienne, nous trouvons une seule observation publiée par Danglas Heath et c'est dans ce cas que Brooke a tenté la photothérapie; l'auteur ne nous fait pas connaître les résultats de sa tentative.

(1) LEREDDE et PAUTRIER. *Photothérapie et photobiologie*. Paris, Naud, 1903.

IV. — RADIOTHÉRAPIE

La radiothérapie devait tout naturellement prendre place dans le traitement de l'acné chéloïdienne de la nuque ; déjà plusieurs spécialistes avaient appliqué les rayons X aux chéloïdes. La première observation remarquable est celle de Herschell Harris.

Depuis ce début, elle a été tentée avec succès par Barney, Fordyce, Fox, Varney, Williams, L'Heeve, Taylor, Bissérié, Belot, Kienböck, Freund, Laquerrière (1).

Mais la première tentative faite sur les chéloïdes de la nuque développées à la suite d'acné polymorphe ou de pustules furonculeuses, semble avoir été réalisée par Kienböck (2) en l'année 1900. L'éminent radiologiste aurait traité par cette nouvelle méthode, « l'acné keloïde » sur les conseils du professeur Ehrmann.

L'auteur lui-même dans son traité de radiothérapie réclame la priorité de cet essai sur (« l'acné keloïde, sycosis frambœen, forme scléroticans, dermatite papillaire du cuir chevelu »). Freund, dans la première édition de son livre de l'année 1903, ne parle pas de ce traitement. Allen (3) en 1904 essayait les rayons X avec succès sur un cas de dermatite du cuir chevelu.

(1) LAGUERRIÈRE. *Bulletin officiel d'électrothérapie et de radiologie* (Paris), 15^e année n° 3, mars 1907. Pages 59 et 60.

(2) KIENBOCK. Acné keloïd, page 125, 1907. *Traité de radiothérapie*.

(3) ALLEN. *Acne et pseudo keloïd aned by R. X.* N. Y. D., 23 février 1904.

Belot, en France, dans sa remarquable thèse inaugurale de 1905, ne parle pas du traitement de l'acné chéloïdienne par les rayons X.

Dans ces dernières années, la connaissance plus parfaite des dosages, des qualités et des applications des rayons Rœtgen ont fait de la radiothérapie la méthode de choix des chéloïdes et, par le fait même, de l'acné chéloïdienne de la nuque; Fleig (1) l'a essayée et a obtenu sur sept cas traités cinq guérisons et deux améliorations.

Cette même année, Belot (2) présente à la Société de dermatologie deux cas très intéressants, et nous fait connaître la technique qu'il a employée avec Haret sur ces deux malades.

Il nous semble particulièrement intéressant de résumer brièvement les deux observations de Belot et Haret et leur technique; elles nous montreront en effet le point d'où en était la radiothérapie vis-à-vis des chéloïdes, et nous serviront ainsi de comparaison avec la méthode que nous employons maintenant.

Deux cas d'acné chéloïdienne de la nuque guéris par la radiothérapie
(BELOT et HARET).

Obs. I. — Chez le premier malade, l'affection a commencé en 1900, à la suite, dit-il, d'un bain sulfureux. Huit à dix pustules apparurent sur la nuque; elles furent traitées à l'hôpital Saint-Louis, par des pointes de feu. Cette intervention ne fut suivie d'aucune amélioration. Le mal s'étendit et gagna une partie de la nuque.

Les pustules devinrent plus nombreuses; la peau s'épaissit, s'indura. L'acné chéloïdienne s'établit peu à peu.

De 1900 à 1904, cet homme suivit différents traitements : pommades, dépuratifs.

En septembre 1904, il fut soigné à l'hôpital Saint-Louis, dans le service du P^r Gaucher, par des scarifications et des vaporisations.

(1) FLEIG. *La radiothérapie en dermatologie*, année 1906, page 95.

(2) BELOT et HARET. Extrait des *Annales de Dermatologie*. Séance du 7 juin 1908.

Au dire du malade, ce traitement énergique n'empêcha pas la lésion de continuer à évoluer.

Soigné à Saint-Antoine par le Dr Belot, à partir de septembre 1905

A cette époque, toute la région de la nuque était envahie par le mal, sur une hauteur de 4 à 5 centimètres. Un long ruban chéloïdien horizontal, plus ou moins saillant par places, plus ou moins ramifié, portant çà et là, au fond de véritables puits, quelques bouquets de poils malades, en occupait le milieu. Tout autour, et même sur la chéloïde, on voyait des pustules, des croûtes, des foyers purulents ouverts.

Le tout reposait sur un coussin d'œdème inflammatoire diffus.

Le malade éprouvait quelques sensations de démangeaisons et de cuisson, il était gêné dans ses mouvements.

Je commençai le traitement le 20 septembre 1905; je décomposai en deux parties la surface malade, et je fis absorber 3 H. (rayons 7-8) à chaque côté, en limitant par une droite bien raccordée, la zone d'action au voisinage du cuir chevelu.

Huit jours après, une seconde application analogue : huit jours plus tard, une troisième fut faite.

Après la deuxième séance, les poils commencèrent à tomber, l'épilation fut complète après la troisième. En même temps, les pustules se séchèrent, les foyers purulents se vidèrent, l'induration diminua, le tout s'accompagnant d'une légère poussée inflammatoire, avec sensation de chaleur.

Quinze jours de repos furent accordés au malade et, quand il revint à l'hôpital, il ne resta plus que la chéloïde. Depuis, je l'ai traitée avec douceur, à doses faibles et espacées.

Il subsiste encore quelques traces de la chéloïde, de jour en jour moins apparentes. Ce reliquat diminue progressivement et disparaîtra bientôt.

Obs. II. — Le second malade a été traité par Haret.

L'affection avait débuté en 1891 et avait été traitée par le thermocautère à l'hôpital Saint-Louis. Ce traitement n'eut pour effet que d'exaspérer la lésion.

En 1900, les cautérisations furent reprises, sans plus de succès que la première fois.

De 1900 à 1905, il essaya, sans résultat, tous les dépuratifs et toutes les pommades.

En 1906, il revint à l'hôpital Saint-Louis, dans le service du Pr Gau-

cher ; pendant près d'une année, on le soumit aux scarifications et aux pulvérisations, sans qu'il survint la moindre amélioration. Le 30 mars 1906, fut commencé le traitement radiothérapique. Il a reçu trois applications, avec dose de 3 H pour les deux premières et 2 H pour la troisième.

Seules, les traces de la chéloïde persistent, et cependant, une période d'instruction militaire qu'il vient d'accomplir, nous a mis dans l'obligation de ne pas faire d'irradiation depuis près d'un mois ».

Ces deux observations remontent à l'année 1906 et elles sont intéressantes, car elles visent deux cas d'acné chéloïdienne de la nuque typiques, où les rayons X ont été employés avec succès.

Il nous semble que ces deux cas sont les premiers, en France, qui aient été traités par les rayons X, et nous voyons l'action double de la radiothérapie : d'abord, sur les glandes sébacées, en déterminant l'atrophie, et, par suite, la suppression des foyers en voie de suppuration, ensuite, l'action élective des rayons Roentgen sur le tissu conjonctif, c'est-à-dire, sur la chéloïde elle-même.

Depuis ces premières tentatives, la méthode s'est précisée par la connaissance plus complète de l'action des radiations ; mais il nous a paru intéressant de relater ces deux observations. En France, elles ont été le point de départ de l'application radiothérapique à l'acné chéloïdienne de la nuque.

Les résultats satisfaisants obtenus plus tard, sont venus confirmer cette première tentative.

Depuis, Belot a eu l'occasion de traiter plusieurs cas d'acné chéloïdienne de la nuque et des chéloïdes simples développées sur acné dans la région pré-sternale ; nous verrons, un peu plus loin, la technique qu'il conseille.

En Allemagne, Kienbock (1) a continué, avec succès, ses

(1) KIENBOCK. Über radiotherapeutische Behandlung des Acnès keloïds, *Archiv für Dermatologie und Syphilis*. 1908.

KIENBOCK. *Traité de Radiothérapie*. Acné keloïd, p. 125.

premiers essais ; nous retrouvons plusieurs cas cités dans son traité de radiothérapie.

L'année suivante, le même auteur publiait dans les *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, les heureux effets qu'il a obtenus dans quatre cas de l'affection qu'il appelle « Aknekéloïd » et dont il donne les synonymes suivants : acné chéloïdique, chéloïdienne (Bazin) ; sycosis frambœsiforme (Hébra) ; dermatitis papillaris capilliti (Kaposi) ; folliculites nuchae sclératicas (Ehrmann).

Il nous semblait intéressant de montrer en passant, que Kienbock, non seulement considère ces affections comme identiques, mais qu'il préfère le terme d'« acné kéloïd » puisqu'il en fait le titre de sa monographie (1).

Dans cette communication, l'auteur cite quatre cas d'acné chéloïdienne de la nuque. L'un des malades que Kienbock a traité, présentait, en plus de la lésion de la nuque, une chéloïde du menton développée sur acné, qui, elle aussi, a bénéficié du traitement par les rayons Roentgen.

La description clinique est celle de Kaposi, de Bazin et des autres dermatologistes français et étrangers... Les doses que les radiothérapeutes préconisent, sont les doses normales qui produisent l'épilation.

Le D^r Wetterer a eu recours à la radiothérapie, dans plusieurs cas d'acné chéloïdienne de la nuque au début. Il utilise des doses de 6 unité H, puis dans la suite, la quantité absorbée n'est plus que de 4 H ; les séances sont plus ou moins espacées.

On trouve dans le livre de Wetterer une observation particulièrement intéressante.

Il s'agit d'un malade porteur de deux tumeurs latérales situées sur la nuque.

(1) KIENBOCK. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, Acné kéloïd (R. X) t. 90 p. 233.

(2) WETTERER. *Handbuch der Roentgentherapie*, 1908, page 483.

L'une a été soumise à l'action des rayons X, l'autre à celle du radium.

Ce traitement comparatif a conduit l'auteur à faire des rayons X la méthode de choix dans l'acné chéloïdienne de la nuque. Le radium donne de bons résultats, ils sont plus longs à obtenir et la chéloïde ne disparaît pas complètement.

Le Dr Gastou (1), dans un rapport fait au Congrès de Physiothérapie de 1909, nous donne la technique qu'il emploie dans l'acné polymorphe, et aussi dans l'acné chéloïdienne de la nuque.

Il divise son traitement en deux séries : la première se rapporte à l'acné chéloïdienne en foyers, la deuxième, à l'acné chéloïdienne en tumeurs.

L'auteur conseille des doses fortes dans les deux cas, 5 H à 8 H, répétées tous les dix à quinze jours ; il ne parle pas de la filtration... Il considère la radiothérapie dans l'acné chéloïdienne de la nuque, comme le traitement de choix.

Le Dr Gastou donne des doses très fortes, et conseille d'aller « jusqu'à la production de radiodermite, celle-ci, dont la durée varie de huit à six semaines, suivant l'intensité des réactions, est suivie de la disparition des chéloïdes, sans accidents consécutifs ».

Quelques auteurs allemands, dans ces dernières années (1909-1910), Schultz (2) et Schmidt (3) ont aussi traité par la radiothérapie, plusieurs cas de dermatite papillaire du cuir chevelu, qu'ils appellent d'ailleurs acné chéloïdienne ; ils confirment les heureux résultats de Kienbock.

La radiothérapie est encore employée dans les services de Saint-Louis.

(1) Dr GASTOU. *Congrès de Physiothérapie*, Paris (13, 14, 15 avril 1909). Pages 39, 82, 84.

(2) SCHULTZ. *Traité de radiothérapie*. Berlin, Springer, 1910.

(3) SCHMIDT. *Traité de radiothérapie*. Berlin, Hirschwald, 1910.

M. Brocq et M. le P^r Gaucher préconisent cette méthode.

Soins préliminaires. — Avant de procéder à l'application des rayons X, il nous semble utile de donner quelques conseils sur la préparation du malade.

Ces soins préliminaires ont certainement une importance, et doivent être faits assez minutieusement.

La plupart des malades qui se présentent, ont toujours quelques folliculites ou de petites pustules en activité. Il importe, avant toutes choses, de vider ces pustules, et de nettoyer les tissus sur lesquels doivent porter les rayons X. On peut évacuer le pus par des petites cautérisations faites prudemment avec la pointe fine du galvanocautère; ce procédé doit être employé si l'on veut agir aussitôt sur la tumeur. Ou bien, ce qui est préférable, agir lentement sur les pustules d'acné et alors faire mettre au malade, des compresses humides d'eau d'Alibour, par exemple, diluée à 25 0/0.

Ces pansements humides font merveille dans les folliculites, et au bout de trois ou quatre jours, l'infection est complètement disparue.

Si le malade peut le supporter, il est une petite opération qu'il faut faire avant le traitement radiothérapique, opération, qui hâtera et favorisera singulièrement l'action des rayons Roetgen.

Nous avons vu, en effet, que l'acné chéloïdienne de la nuque, présentait des petits bouquets de poils, en pinceaux, signes cliniques bien caractéristiques de cette affection. Il nous a semblé que l'épilation systématique des quelques éléments, présentant ces pinceaux de poils, favoriseraient la guérison des chéloïdes ou tout au moins la hâtaient.

Cette épilation, en général, est bien supportée par le malade. Avec la pince à épiler, on saisit toute la touffe de poils et on l'extirpe brusquement. Il se produit quelquefois

un petit écoulement de gouttelettes purulentes, sanguinolentes, on touche ensuite avec de l'alcool camphré les points excoriés.

Quand les pustules sont vidées, l'épilation des bouquets de poils terminée, on nettoie toute la partie sur laquelle on veut agir avec de l'alcool camphré.

Le malade est ainsi préparé, et dès lors nous pouvons commencer l'application des Rayons X, dans les meilleures conditions.

En résumé, ce qui importe, c'est de faire tomber les croûtes, de vider les pustules et de pratiquer l'épilation des pincesaux de poils, qui sont implantés dans les éléments acnéiques infectés; cette épilation précoce des touffes de poils est nécessaire avant de commencer l'épilation de toute la région par les rayons X.

Appareillage. — Le service d'électrothérapie du Dr Brocq est complètement sous la direction du Dr Belot, et pendant nos années d'externat, nous avons pu suivre les résultats intéressants que donne la radiothérapie.

Nous disposons à Saint-Louis du courant fourni par l'usine de l'Hôpital, il est du type (continu 110 volt, 220 distributeur à 3 fils).

L'appareillage, que nous avons utilisé est la crédence de Gaiffe; nous ne décrivons pas ce modèle.

Disons simplement qu'elle comporte une bobine à isolement spécial donnant une étincelle de 30 centimètres, et d'un interrupteur-turbine (Gaiffe) (grand modèle) à jet de mercure et à diélectrique gaz. Sur un tableau sont groupés les différents appareils de réglage et de mesure d'intensité : rhéostat et ampèremètre pour la bobine; rhéostat pour augmenter ou diminuer la vitesse de l'interrupteur.

Les rayons que nous utilisons marquent à l'échelle radiochronométrique de Benoist le n° 7 environ. Cette détermi-

nation est faite soit avec la bonnette radio-chronométrique qui permet une lecture rapide en plein jour.

L'étincelle équivalente mesurée au spintermètre de notre appareil est d'environ 13 centimètres; dans ces conditions, l'intensité sur le secondaire oscille entre 6 et 8 dixième de milliampère, sous 110 volts la consommation au primaire ne dépasse pas 4 à 6 ampères.

Les mesures de quantité faites à l'aide de la pastille Sabouraut et Noiré montrent qu'à 15 centimètres de l'anticathode, l'unité est obtenue en deux minutes.

Comme des mesures quotidiennes répétées pour chaque malade deviendraient rapidement fastidieuses, nous avons noté très exactement la valeur des constantes électriques avec lesquelles nous avons obtenu les chiffres précédents. Il nous suffit donc de rester toujours dans les mêmes conditions électriques pour qu'avec un même tube et à la même distance nous ayons une même quantité de rayons X d'égale qualité.

Les variations du milliampèremètre nous suffisent pour maintenir constamment le tube au même régime.

Enfin le spintermètre est là pour rappeler notre attention par son étincelle bruyante dans le cas, où nous nous éloignons de l'appareillage.

Pour plus de sécurité, les mesures sont reprises de temps à autre; nous n'avons jamais constaté du reste que des variations insignifiantes.

Technique proprement dite. — Nous avons deux méthodes à notre disposition :

La première consiste à soumettre le malade à l'action des rayons X sans modifier au préalable la tumeur, celle-ci étant seulement préparée, c'est-à-dire ayant reçu des soins d'asepsie.

La deuxième est celle que nous préconisons dans les cas de tumeurs bilatérales et de moyen volume; elle consiste dans l'ablation totale de la tumeur ou l'irradiation immédiate de la partie excisée.

PREMIÈRE MÉTHODE

RADIOTHÉRAPIE SANS ABLATION CHIRURGICALE.

1^{er} TEMPS. — *On cherche l'épilation.* — Les méthodes anciennes de traitement de l'acné chéloïdienne de la nuque, nous montrent combien leurs auteurs attachent de l'importance à l'épilation précoce et complète.

C'est donc vers l'épilation (1) qu'il faut diriger nos efforts au début du traitement.

Le malade a reçu au préalable les soins d'asepsie dont nous avons parlé, il n'y a plus de croûtes, les quelques bouquets de poils sont mêmes enlevés à la pince, on peut donc le soumettre dès lors aux rayons X.

Avec un crayon dermatographique, on circonscrit la région à atteindre; nous recommandons d'empiéter largement sur le cuir chevelu; nous conseillons de dépasser d'un centimètre les régions chéloïdiennes.

Par cette façon d'agir on gagne du temps dans la guérison, car on prévient par cette épilation abondante, la formation de nouvelles folliculites.

Ceci fait on place le malade soit couché sur le lit, le front appuyé sur les deux avant-bras, ou encore, ce qui facilite l'application, on met le malade à cheval sur une chaise; les bras sont appuyés sur le dossier et peuvent soutenir ainsi la tête.

Il est indispensable de préserver les parties de la tête et de

(1) Des savonnages de savon noir pratiqués assez énergiquement permettent l'épilation en masse après l'action des rayons X.

la nuque sur lesquelles il ne faut pas agir. Dans le service du Dr Belot, on emploie indifféremment les lames de plomb ou de caoutchouc opaque, dans laquelle on ménage un orifice de la forme de la région qu'on doit traiter.

Maintenant quelle dose devons-nous faire absorber ?

5 H doivent être d'emblée la dose pour l'épilation.

Avec des rayons n° 6 à 7, radio chronomètre de Benoist (8 dixième de milliampères), nous obtenons, dans le service, les 5 H en dix minutes.

Le centre de l'ampoule est à 15 centimètres de la plaque traitée.

Nous faisons une petite remarque; après cette première application, il n'est pas rare de voir les malades faire une folliculite abondante. La région traitée se couvre souvent de croutelles jaunâtres staphylococciques, qu'on peut prévenir en conseillant au malade un badigeonnage quotidien de liniment dont Sabouraud se sert aussi dans les plaques de teignes.

Soufre précipité..... 15 grammes.

Alcool à 90°..... 15 —

Eau distillée 95 pour..... 100 —

Pour obtenir l'épilation totale, le nombre de séances est très variable; en général on peut compter de une à deux séances.

Il faut surveiller le malade et tâter à la pince la facilité de l'épilation. Si, après la première séance, au bout de quinze jours, on juge utile de refaire une application à dose épilante, il ne faut pas hésiter à faire absorber à nouveau 5 H, en prenant les mêmes précautions, et en tenant compte de la réaction des teguments.

Il est rare que le résultat cherché, c'est-à-dire la chute totale des poils, ne soit pas obtenue au bout de deux séances.

Ce que nous venons de dire constituera le premier temps

du traitement : en effet, dans les premières applications nous allons utiliser le faisceau tel qu'il émane de l'ampoule, tel qu'il est émis par le focus.

Dans le premier temps, nous cherchons la destruction du follicule pileux, l'atrophie des glandes ; nous avons donc fait absorber des rayons de moyenne pénétration, nous avons demandé à notre ampoule les rayons moyens de qualité 6 à 7 Benoist, et nous les avons utilisés sans les modifier. Nous savons seulement que la peau irradiée a reçu 5 H par relation avec notre réactif de Sabouraud et Noiré qui a enregistré lui aussi 5 H en tenant compte de la loi des distances.

En un mot, les tissus superficiels ont reçu la dose entière des rayons, dose plus forte que celle reçue par les tissus profonds. Or, dans notre premier temps, nous avons cherché cette action en voulant agir sur le poil et les glandes sébacées, qui sont comme on le sait, situées dans les couches de l'épiderme et plus profondément dans les couches supérieures du derme ; c'est principalement sur le follicule pileux, sur la glande sébacée que portent les premières applications de rayons X.

Il semble donc normal d'utiliser pour ce premier temps les rayons tels qu'ils émanent de l'ampoule (rayons de pénétration moyenne), mais cette action obtenue, l'épilation produite, il reste à agir sur la tumeur elle-même.

L'anatomie pathologique de l'acné chéloïdienne nous montre que l'altération des tissus est profondément située, elle intéresse le derme, et son maximum d'altération se localise dans le derme profond et même l'hypoderme.

Cette considération doit alors guider le radiothérapeute. Elle nous entraîne tout naturellement à parler du rôle de la filtration et des résultats auxquels elle a conduit.

Dans les lignes qui suivront nous ne ferons pas œuvre d'originalité, nous prendrons toutes les idées concernant

Les filtres aux différents mémoires publiés par les Dr Belot et Guilleminot sur les études physiques de la filtration.

De la filtration en radiothérapie. « Il faut se rappeler, écrit Belot (1), le caractère essentiellement relatif de ces phénomènes. Si l'on prend un corps bien défini et d'épaisseur connue, la fraction du rayonnement transmise par lui dépend de la composition du faisceau incident, c'est-à-dire de son degré radio-chronométrique et l'épaisseur traversée. Pour un faisceau hétérogène donné, la fraction transmise représente une fraction complexe. Si l'on rapporte cette fraction à l'unité d'épaisseur, elle n'est pas constante pour chacune des unités traversées. Elle augmente d'abord rapidement de chacune d'elles à la suivante; puis l'augmentation est de plus en plus lente pour tendre vers une valeur constante, qui, si l'épaisseur est suffisante, se réalise pour les dernières unités.

En effet, la première unité traversée modifie le faisceau hétérogène qui arrive à sa surface. Les rayons les moins pénétrants, les plus mous sont arrêtés. Le faisceau s'est partiellement épuré; sa pénétration a augmenté. Par suite, en traversant la seconde unité, l'absorption sera nécessairement moins élevée.

Il en sera de même pour chaque unité, jusqu'au moment où le faisceau sera à peu près monochromatique, c'est-à-dire sensiblement réduit à une seule espèce de rayons. A partir de ce moment, le coefficient de transmission prend une valeur constante. Si l'on fait la courbe des quantités transmises dans ces conditions, cette courbe est une logarithmique ou s'en rapproche de très près. La pénétration du faisceau considéré atteint son maximum.

Deux phénomènes d'ordre physiques régissent l'absorption en radiothérapie:

(1) BELOT. La filtration en radiothérapie. *Archives d'electr. méd.*, n° 291, 10 août 1910.

Supposons que le rayonnement soit monochromatique, le coefficient d'absorption pour un tissu considéré restera bien le même pour chacune des unités d'épaisseur ; mais comme le faisceau va en s'affaissant d'une unité à l'autre, la quantité retenue par chacune d'elles, va en décroissant rapidement. L'hétérogénéité du faisceau rend le problème plus complexe et le résultat plus imparfait. En effet, en traversant les premières unités, il s'épure en leur abandonnant une grande partie de leur énergie ; l'absorption est maximum pour la première unité, décroît rapidement et n'atteint une valeur sensiblement constante que pour les derniers éléments. »

Cette étude très claire de l'absorption par les tissus en radiothérapie, est empruntée entièrement à Belot. Dès lors on peut prévoir par cette considération, les conséquences qui en résultent en thérapeutique ; et il est facile de comprendre que les couches superficielles de la peau, l'épiderme par exemple, retient un maximum de faisceau, par conséquent absorbe un maximum et ne laisse plus passer qu'une faible quantité, dont la qualité plus élevée par cette filtration naturelle, rendra l'absorption de moins en moins élevée.

Cette théorie est nettement vérifiée par la clinique, et surtout par les coupes d'organes sur lesquels on a voulu faire agir des rayons. Ainsi sur un épithélioma coupé en séries, on se rend parfaitement compte de ce qui se passe ; et c'est ce que dit Belot. « La dégénérescence des éléments épithéliomateux, va en s'atténuant très rapidement, de la surface cutanée vers les plans profonds ; parfois même ces derniers ne semblent pas atteints ».

Ce qui est vrai pour les tumeurs épithéliomateuses, l'est aussi pour les tumeurs chéloïdiennes, nous savons que l'organisation du tissu chéloïdien atteint son maximum dans les couches profondes du derme.

L'on conçoit très bien, qu'il faudrait agir non seulement en superficie, mais aussi en profondeur.

Malheureusement ce résultat est impossible à obtenir, car nous nous buttons à une loi physique contre laquelle nous sommes impuissants. En effet, quoiqu'on fasse et en supposant même que l'on utilise un rayonnement exactement monochromatique, l'absorption va toujours en décroissant rapidement, de la superficie vers la profondeur. Mais on peut chercher à se rapprocher le plus possible de ces conditions, considérées comme les meilleures, en épurant le faisceau de façon à le rapprocher d'un monochromatique. Pour cela, il faut recourir à un artifice, et, en ce cas la filtration constitue une méthode, sinon idéale ou tout au moins la plus parfaite que nous ayons à notre disposition à l'heure actuelle.

Filtration proprement dite : choix des Filtres. — Cette méthode a pour but d'interposer entre le plan que l'on veut traiter et la source d'émission des rayons, des corps connus sous le nom de « filtres » : Ils jouent le rôle d'épurateurs, retiennent les rayons mous, et ne laissent passer que les plus pénétrants, de sorte que l'on recueille de l'autre côté du filtre lui-même, un faisceau épuré : se composant, suivant Belot, de la partie la plus élevée entrant dans la composition du rayonnement incident et aussi de la faible proportion des autres rayons qui a traversé le filtre ».

Connaissant ces données, quel filtre réalise d'une façon la plus parfaite ce desideratum ? Il est évident que certains corps opèrent la sélection des rayons plus complètement que d'autres, en un mot les uns ont un radiochroisme maximum, d'autres un radiochroisme minimum (Benoit), le choix doit donc porter sur les premiers.

A cette question du choix des filtres sont attachés deux noms « Belot et Guillemainot », ces auteurs, en effet, ont étudié magistralement la valeur filtrante de plusieurs corps choisis comme filtres.

Il est intéressant de voir ces deux expérimentateurs,

arriver au même résultat par des méthodes très différentes.

Le Dr Guillemainot (1) a employé la méthode fluorométrique; le Dr Belot (2) a utilisé la méthode radiographique dont le principe a été donné par M. Benoist.

Nous ne pouvons ici parler longuement du radiochroïsme particulier à chaque corps. Nous donnerons seulement les différentes matières préconisées comme filtres. Les principaux filtres sont : le cuir; argent; ouate; étoffe; verre; aluminium.

Belot qui a étudié le radiochroïsme de chaque corps est arrivé aux résultats suivants :

Le cuir employé par Kienbock, à cause de son analogie avec la peau humaine, constitue un très mauvais filtre.

Voici les chiffres :

Rayonnement incident n° 7.

Qualité = n. 7.

Quantité = 100.

Rayonnement émergeant.

Qualité = n. 7, 5.

Quantité = 62.

Quantité absorbée : 38 0/0.

Argent. — Belot et Guillemainot sont d'accord à regarder ce corps comme un mauvais filtre; d'ailleurs, il est très radiochroïque.

Il fut préconisé par Fleig (3) et Frenkel, qui firent une communication au Congrès de Rome, année 1907.

Belot (4) conclut, d'après ses expériences :

« L'argent ne filtre pas; il absorbe rapidement, en pure perte, le rayonnement incident. »

(1) GUILLEMAINOT. Choix des filtres en radiothérapie. *Société de radiologie de Paris*, 11 mai 1909, 8 juin 1909.

(2) BELOT. *Extrait de la Société de radiologie médicale de Paris*, février 1909.

(3) FLAIG et FRENKEL. Elimination des rayons X de faible pénétration. *Commun. II^e Congrès international de Physiothérapie à Rome*, 1907.

(4) BELOT. Voir le tableau des recherches du radiochroïsme de l'argent. *Archives d'Elec. med.*, n° 291, 10 août 1910, p. 6.

Extrait de la *Société de Radiologie médicale de Paris*, février 1909, p. 4.

L'Ouate et l'Etoffe eurent, ces années passées, leurs partisans ; on prétendait même qu'ils empêchaient toute radio-dermite. On s'est aperçu depuis que leur pouvoir filtrant est nul. (Belot.)

Verre. — Kienbock a préconisé ce filtre ; il est bon, et a un pouvoir filtrant assez convenable. (Voir Belot, page 7, même titre que précédemment.)

Nous ferons remarquer, d'ailleurs, que le verre a une composition très variable et, par conséquent, un pouvoir filtrant, en rapport avec la matière constituante.

Néanmoins, quand le silicate d'Al entre en grande partie dans sa composition, son pouvoir filtrant est augmenté et sensiblement voisin de l'aluminium. Benoist a particulièrement insisté sur cette qualité ; Guillemot a présenté des lames de verre d'un pouvoir filtrant très appréciable ; de plus, le verre aurait cet avantage, de ne pas être conducteur, mais, par contre, sa fragilité et le prix élevé de lames de différentes épaisseurs, l'ont fait abandonner quelque peu.

Aluminium. — C'est à ce dernier corps que les D^r Belot et Guillemot ont donné la préférence, et ces auteurs le considèrent comme un filtre parfait. « L'aluminium possède un coefficient de transmission élevé, épure le faisceau ; il élève la pénétration globale avec une absorption minimum ».

Nous donnons les résultats obtenus par Belot ; ce qui permettra de se rendre compte de la valeur filtrante de l'aluminium.

Le tableau suivant nous fait déduire que, « plus grande est l'épaisseur du filtre, plus est réduit l'écart entre la quantité absorbée par les couches superficielles et celle arrêtée par les plans plus profondément situés ».

Aluminium épaisseur en millimètres.	Transmission pour 100	Degrés radiochromométriques
0	100	7
0,2	85	»
0,5	70	7,5 à 8
1	50	8 à 8,5
1,5	37	»
2	29	»
2,5	23	»
3	18	»
3,5	16	»
4	14	»
4,5	13	»
5	12	10 à 11
10	7 à 8	»

Connaissant les heureux résultats de la filtration, nous devons employer les filtres pour agir dans la profondeur.

Nous avons alors des rayons pénétrants, d'où action plus intense sur les plans profondément situés. Un inconvénient se présente. En effet, si l'on interpose un filtre entre l'ampoule et la peau, on réduit la quantité de rayons X. En d'autres termes, notre appareil nous donne 5 H en 10, soit l'H en 2, sans filtre; si nous interposons un filtre, il est évident que la quantité de rayons X ne sera plus donnée dans le même temps. Il faut donc trouver le moyen de fixer, d'une façon certaine, la dose thérapeutique.

Belot nous indique une méthode parfaite de vérifier le

BELOT. *Archives d'Electro-Médical*, page 8, n° 291, 10 août 1919.

BELOT. Voir *Bull. de la Société de Radiologie de Paris*, Février 1909, les résultats des recherches de l'auteur sur l'étude comparative du pouvoir filtrant des différents corps étudiés.

temps que doit durer l'irradiation d'un point avec un filtre donné

« Il suffit d'opérer avec un matériel régulier et stable, et de mesurer préalablement sans filtration, le temps nécessaire pour obtenir une unité H sans filtre, avec un matériel donné ; par γ , le coefficient de transmission pour 100 d'un filtre d'aluminium d'épaisseur connue, et par Tx le temps que nous cherchons, nous aurons :

$$Tx = \frac{t \times 100}{\gamma}$$

Appliquons cette formule à un filtre transmettant 50 % d'un faisceau n° 7, utilisé avec un appareillage donnant, à 15 centimètres, une unité H en 2' (rayons n° 7). La durée de la pose, pour une unité H sera donnée par :

$$Tx = \frac{2' \times 100}{50} = 4'$$

Cette formule, donnée par Belot, permet de calculer la durée de l'irradiation qui, comme on le voit, est en fonction de l'épaisseur des filtres utilisés.

Nous n'avons pas parlé volontairement de la mesure avec la pastille Sabouraud Noiré ; ce réactif doit être placé à mi-chemin, entre la surface à traiter et le centre d'émission des radiations ; elle ne trouve pas, dans ce cas, son emploi.

Il nous semblait intéressant et utile de résumer brièvement la question des filtres, si bien exposée par notre maître.

D'autre part, il est facile d'en déduire les cas où l'on devra se servir de filtres. *On utilisera donc la filtration chaque fois que l'on veut agir en profondeur et que l'on veut traverser une peau sans la léser.*

Cette déduction trouve très nettement son emploi dans le traitement de l'affection qui nous intéresse.

Le tissu chéloïdien est situé dans les plans profonds du derme et réclame des rayons pénétrants.

C'est donc à cette méthode que nous avons eu recours dans la suite du traitement de l'acné chéloïdienne de la

nuque. Ce traitement constitue le deuxième temps et fait suite aux premières applications radiothérapiques, sans interpositions de filtres.

2^e TEMPS. — *L'action de la radiothérapie porte sur la masse chéloïdienne.* — Le malade a déjà reçu une ou deux doses de rayons X (5 unités H); c'était le premier temps du traitement.

Nous avons obtenu l'épilation. Elle a commencé au bout de trois semaines, pour être complète une dizaine de jours plus tard.

Vient alors le deuxième temps.

Nous allons faire agir des rayons filtrés, en essayant d'avoir un faisceau se rapprochant d'un monochromatique et le plus pénétrant possible.

Les mêmes précautions sont prises vis-à-vis du malade : asepsie des régions à irradier, et protection des téguments voisins avec les feuilles de plomb ou de caoutchouc opaque.

Suivant (1) la grandeur de la tumeur chéloïdienne, nous décomposons nos irradiations en une, deux ou trois séances, toujours en prenant les mêmes précautions pour la zone à irradier.

Le malade est placé sur le lit, couché sur le ventre ou à cheval sur une chaise, la tête appuyée sur les deux avant-bras.

Nous utilisons le même appareillage que précédemment, mais nous allons employer les filtres.

L'épaisseur des filtres sera variable : les premières séances seront faites avec filtres 3/10, aluminim; les suivantes avec filtres d'épaisseur plus grande.

L'épaisseur des filtres est soumise à l'action que l'on réclame des rayons X.

Au début, il faut agir sur les couches superficielles de la néoformation.

(1) Voir obs. I, p. 156.

Les filtres 3/10 et 5/10 sont très suffisants.

Après quelques séances, il faut agir en profondeur; les filtres 10/10 ou 1 millimètre doivent être utilisés.

C'est à ce moment qu'il est nécessaire d'appliquer l'équation donnée par le Dr Belot (se reporter à la page 133).

On règlera ainsi la durée exacte de l'irradiation.

Les séances seront espacées tous les quinze jours; dans l'intervalle, on se trouvera bien de quelques soins vis-à-vis du sujet.

Les prescriptions d'hygiène tiennent le premier rang. Le malade ne devra pas porter de faux-cols durs, pour éviter ainsi tout contact ou tout frottement susceptible d'irriter ses téguments.

Ces diverses actions traumatiques ne pourraient que favoriser l'infection.

La radiothérapie, on le sait, donne une poussée inflammatoire sur la région, poussée d'autant plus violente que la zone traitée sera plus infectée.

Il ne faudrait pas en être alarmé. Ce qui se passe pour les teignes se retrouve également dans l'acné chéloïdienne de la nuque.

En effet, nous avons vu quelquefois, à la suite de séances radiothérapiques normales, la région chéloïdienne se couvrir de croûtelles jaunes et dorées. Ces croûtes sont groupées sur un fond franchement érythémateux, signe indiscutable des exacerbations des phénomènes inflammatoires.

On prescrit alors des compresses humides, faiblement antiseptiques, renouvelées trois ou quatre fois le jour.

On peut aussi avoir recours aux compresses d'eau d'Alibour très diluée; grâce à elles, les croûtes les plus résistantes tomberont assez vite.

Enfin, il ne faut pas oublier de prescrire un régime alimentaire au malade.

L'Electrothérapeute, qui doit être doublé d'un dermatologiste, se souviendra que l'acné chéloïdienne de la nuque est au nombre des dermatoses qui sont des syndromes et non des entités morbides. C'est l'opinion de notre éminent maître, M. Brocq. Dans l'ignorance où nous sommes de la nature de cette affection, ne sachant pas si elle est due à un agent pathogène, nous sommes tenus de la considérer comme une manifestation cutanée.

Elle peut être sous la dépendance de causes internes, malgré son apparence parasitaire et microbienne.

Nous devons donc examiner avec soin les différents appareils du sujet et le soumettre, avec modération, au régime des acnéiques et des séborrhéiques (1).

Nombre des séances. — Il est un fait clinique qui domine la thérapeutique de l'acné chéloïdienne de la nuque. « Plus la lésion est de date ancienne, plus elle est rebelle au traitement ».

Nous avons pu constater cette loi dans les cas que nous avons suivis. On comprend alors qu'il est impossible de fixer d'avance le nombre des séances nécessaires à la guérison.

Cependant, nous pouvons compter dix à douze séances de radiothérapie, pour une acné chéloïdienne de la nuque datant de trois ou quatre ans.

Quand les acnés sont plus anciennes et remontent à huit, dix, voir même vingt ans, le nombre des séances est plus considérable et, nous n'oserions même fixer un nombre approximatif.

Peut-être même en augmentant la dose, pourra-t-on diminuer la durée totale du traitement ?

En ce cas, il est nécessaire d'agir avec prudence. Une règle générale est la suivante :

« On doit toujours éviter une réaction trop forte, qui retarderait l'ordre de succession des séances.

(1) Se rapporter au traitement de l'acné polymorphe donné au début du chapitre de la thérapeutique.

Une dose de 5 unités avec filtre 5/10 ou 10/10 (et même 1 millimètre à la fin de la thérapeutique) sera très bien supportée tous les quinze jours.

Dans les observations qui suivent ce chapitre, il est possible de voir les progrès de régression de la chéloïde.

Il faut un minimum de trois séances pour qu'un changement se manifeste.

L'épilation est obtenue, c'est le premier phénomène. Après un ou deux mois de traitement, la suppuration qui avait reçu un coup de fouet, s'atténue pour disparaître en totalité. Il est très rare de constater un ou deux points en activité.

D'autres phénomènes se produisent :

Le malade n'accuse plus de cuisson au niveau de sa tumeur; la raideur de la nuque a diminué; les mouvements de flexion et de latéralité deviennent plus faciles. Localement on constate un aplatissement de la masse, elle n'est plus en forme de bourrelet. Saisie à pleine main elle est moins dure, elle est plus souple.

La nuque est glabre, et des points cicatriciels, légèrement déprimés, ont succédé aux élevures, aux papulo pustules du début.

À la surface de la masse chéloïdienne se perçoivent des plis ébauchés. Ces plis sont plus ou moins accentués suivant les endroits, et correspondent ainsi à une fonte plus avancée du tissu.

La coloration est rouge, rosée, blanchâtre; l'ensemble témoigne une réaction assez intense.

Ces phénomènes se poursuivent à mesure que le traitement avance : on arrive alors à une époque où la tumeur a presque totalement disparu.

La coloration un peu blanchâtre cicatricielle marque l'emplacement du bourrelet. Le toucher montre un peu d'induration, ce sont là les reliquats de l'ancienne lésion.

A ce moment, nous considérons le malade très amélioré, pour ne pas dire guéri.

Mécanisme : Comment agissent les rayons X.? — Nous voudrions répondre à cette question, mais ici comme dans beaucoup d'autres cas, nous ignorons l'action de l'agent thérapeutique.

Nous constatons un fait; les rayons X ont une action épilante, ils sidèrent la papille, selon l'expression très juste de Sabouraud, ils amènent l'atrophie du follicule, ils déterminent la fonte du tissu chéloïdien. Ce sont là des phénomènes constatés, nous ne pouvons les expliquer.

Au chapitre d'anatomie pathologique (page 00), nous avons montré les modifications histologiques dues à la radiothérapie. Là encore nous ne pouvons constater que des faits.

MÉTHODE MIXTE

ABLATION TOTALE DE LA TUMEUR CHÉLOIDIENNE SUIVIE IMMÉDIAT EMENT DE LA RADIOTHÉRAPIE.

Frappé des bons résultats obtenus dans le service du Dr Belot dans les épithéliomas, grattés et suivis du traitement radiothérapique, d'autre part, connaissant la facilité de récurrence des chéloïdes, et n'osant toucher à ces « noli me tangere », nous ne voulions pas entreprendre une expérience qui put avoir des résultats fâcheux dans la suite.

Cependant, depuis longtemps, nous avions l'idée de procéder à l'excision totale d'une acné chéloïdienne et d'y faire aussitôt une application de rayons X.

Pour se faire, il nous fallait un malade présentant des tumeurs chéloïdiennes d'assez petit volume. Le cas se trouva chez un sujet porteur d'une acné chéloïdienne divisée en deux tumeurs et siégeant de chaque côté du sillon de la nuque. Nous avons avec le Dr Pautrier tenté cette intervention.

Il existait, nous l'avons dit, deux tumeurs, chacune de la grosseur d'une olive. L'excision a été faite sur une de ces nodosités. Nous avons à faire à une véritable acné chéloïdienne typique, présentant tous les symptômes cliniques de cette affection et dont le début remontait à trois ans chez un adulte.

La tumeur gauche a été excisée ; après avoir fait l'asepsie de la région, nous avons anesthésié à la cocaïne la chéloïde à opérer. L'anesthésie faite avec une solution de cocaïne au 10° a présenté certaines difficultés, à cause de la profonde induration des tissus dans lesquels l'aiguille pénétrait difficilement.

Nous avons fait alors une incision en boutonnière, suivant le sens de la peau, c'est-à-dire parallèle à la colonne vertébrale. Nous avons enlevé largement et très profondément tout ce que nous avons pu de tissus chéloïdiens.

Nous ferons remarquer la délicatesse de cette petite intervention, banale en apparence, mais, qui étant donné la vascularité et la dureté des tissus, présente une certaine difficulté.

En effet, on éprouve une très grande résistance à inciser les tissus.

La tumeur est très dure et crie sous le bistouri, l'hémorragie très abondante augmente ainsi la difficulté de l'opération.

Il en est de même des points de suture que l'on fait pour réunir les deux lèvres de la plaie, et l'on éprouve beaucoup de peine à transpercer les bords avec l'aiguille.

En résumé : l'intervention consiste dans l'ablation large et profonde de la tumeur, suivie de trois ou quatre points de suture au crin de Florence.

Une fois cette petite opération terminée, on soumet le malade à l'influence de la radiothérapie.

Dans le cas particulier nous avons fait absorber une dose de 6 unité H. avec des rayons n° 7 (Benoist).

Le milliampèremètre marquait 7 à 8 dixième de milliam-pères.

L'irradiation a été faite sans rayons filtrés et a duré douze minutes.

Nous n'avons pas la prétention de créer une méthode nouvelle; on sait, en effet que de nombreux auteurs et en particulier Belot, Gourgerot (1) et de Beurman, ont préconisé l'ablation des chéloïdes suivie immédiatement de radiothérapie, cependant il nous semble que jamais ce traitement n'a été employé dans l'acné chéloïdienne de la nuque.

Nous aurions voulu, devant les bons résultats que nous a donné cet essai thérapeutique, faire de nouvelles tentatives sur d'autres malades.

Mais les cas d'acné chéloïdienne sont assez rares, comme on le sait et il nous a été impossible d'appliquer à nouveau notre méthode. Il est à souhaiter que d'autres fassent la même tentative; que nous ce procédé semble convenir particulièrement aux acnés chéloïdiennes, localisées de chaque côté de la nuque, et dans ce cas donne des résultats inespérés.

Voici comment se sont passées les suites de l'intervention que nous avons faite avec le Dr Pautrier chez notre malade.

Disons tout d'abord que deux des fils placés ont lâché vers le troisième jour, sans nuire pour cela à la réunion des deux lèvres de la plaie; au bout de la première semaine, la réunion était complète, et nous avons enlevé les autres fils qui restaient.

A ce moment nous avons pu constater une petite réaction et une légère infection des téguments, le tout a disparu. Huit jours après, nous avons pu continuer les irradiations.

(1) DE BEURMAN et GOURGEROT. Traitement des chéloïdes par l'ablation suivie de radiothérapie. *Annales de dermatologie et syphiligraphie* (1906 page 936).

Il n'y avait plus d'infection, la plaie était très belle, nous avons refait les séances, tous les quinze jours dans la suite avec une dose de 4 et 5 unité H.

La tumeur droite ne fut irradiée que trois semaines après l'excision de la gauche, mais n'ayant pas subi d'ablation, elle a suivi sa marche normale dans la voie de la guérison.

Au bout de deux mois, nous avons constaté avec une certaine satisfaction, les heureux résultats de notre procédé. Alors que la tumeur droite est encore très marquée, quoi qu'en régression, nous ne trouvons plus à gauche qu'une cicatrice très petite, reliquat de l'incision. La peau, à cet endroit, présente une surface sur le même plan que les téguments voisins, plus de relief, à peine une toute petite induration. La peau est souple, facilement plissée, tout au plus présente-t-elle une coloration rosée, blanchâtre, légèrement cicatricielle.

Nous continuons néanmoins les irradiations modérés avec un filtre 5/10.

Il est intéressant de remarquer, que non seulement la tumeur chéloïdienne n'a pas récidivé, mais a été améliorée très rapidement, surtout si on compare le résultat à la tumeur voisine. Elle est encore notablement dure et élevée.

Nous donnons en détails l'observation du malade (voir page 180).

Trois mois après cette première intervention, nous avons fait pratiquer par le même procédé, l'ablation de la tumeur voisine, le malade le demandant.

Cette chéloïde avait diminué, mais était encore très volumineuse. Immédiatement après l'ablation, nous avons fait sous filtre une irradiation de 6 unités H. Cette ablation a été faite en suivant les mêmes précautions.

Nous avons fait une incision transversale, la tumeur était plus étendue en largeur qu'en hauteur.

Les crins de Florence qui réunissaient les lèvres de la plaie ont lâché.

Pour éviter cette rupture, nous avons recommandé au patient de maintenir sa tête droite et de ne pas la fléchir sur la poitrine.

Nous avons placé un faux-col sous le menton du sujet, grâce à cet artifice les fils sont restés intacts pendant quatre jours.

A ce moment le malade refait son pansement et oublie de maintenir sa tête par le faux-col placé sous son menton; cette négligence fut la cause de la rupture des crins, en effet ceux-ci cédèrent à la première flexion de la tête sur la poitrine.

Cet incident n'a pas eu de suite.

Nous avons revu le malade quelques jours après. Les bords de la plaie étaient légèrement écartés, mais l'épidermisation se faisait, nous avons laissé les choses en cet état. Les crins ou les bouts de crins qui restaient ont été enlevés.

Les résultats de cette deuxième intervention faite le 24 décembre 1910, ont été très heureux. L'évolution s'est faite comme la première fois.

La réparation s'est promptement établie. La peau est devenue souple.

On ne voit plus qu'une petite cicatrice déprimée, reliquat bénin de l'intervention.

Il semble résulter de ces faits, que l'ablation de la tumeur chéloïdienne suivie immédiatement de radiothérapie, constitue une bonne méthode.

Dans les cas où elle peut être faite, elle présente de réels avantages. Elle abrège la durée du traitement, elle donne un résultat qui ne compromet pas l'esthétique. En deux mois, elle permet pour ainsi dire la guérison d'une acné chéloïdienne de la nuque de moyen volume.

L'intervention, par elle-même, est bénigne et ne doit pas être regardée comme un obstacle.

En résumé, il importe d'enlever convenablement la tumeur. L'incision est faite parallèlement à la colonne vertébrale, si le volume et la forme de la tumeur le permettent. Sinon, il faut néanmoins faire l'ablation, suturer et maintenir droit pendant quelques jours le cou du malade pour éviter la rupture des crins.

Enfin l'irradiation à la dose de 6 ou 7 unités H doit suivre immédiatement l'excision. C'est le point important.

V. — RADIUMTHÉRAPIE.

L'action des rayons émis par le radium a été utilisée dans l'acnée chéloïdienne de la nuque.

La radiumthérapie fut préconisée par les allemands, puis en France par MM. les D^{rs} Wickam et Degrais, Octave Claude. Ces derniers l'ont particulièrement expérimentée dans l'acné chéloïdienne de la nuque.

Il est intéressant de s'arrêter un instant et de voir les résultats que ce procédé a donné dans cette affection.

Rappelons, avant de donner la technique, quelques noms, Bélot, Masatti (1), Netterer, ces auteurs ont employé la radiumthérapie dans l'acné chéloïdienne de la nuque.

La technique que nous allons exposer est particulièrement celle employée par MM. Wickam et Degrais.

Nous trouvons dans le livre de Wickam et Degrais, pages 188-189, deux observations d'acné chéloïdienne de la nuque, traitée avec succès, par la radiumthérapie. Ces deux cas sont accompagnés de Planches (VI) avant et après le traitement.

1^{er} cas : Un ouvrier de 43 ans, présente de chaque côté de la nuque, une grosse tumeur d'acné chéloïdienne de la nuque, ayant débuté il y a 3 ans. Le frottement des vêtements contre les éléments acnéïques et les dimensions des tumeurs

le gênent dans son métier. De nombreuses séances de scarifications ont été faites sans être suivies de modifications durables. Le radium est alors proposé. Pendant 4 heures, on applique l'appareil n° 14 à gauche, et à droite l'appareil n° 2.

Un mois après, les chéloïdes ont diminué de moitié, elles sont devenues bien moins douloureuses et moins gênantes. Les éléments acnéiques ont disparu pour la plupart.

Le traitement est alors repris avec les mêmes appareils un total de cinq heures en cinq jours. Deux fois encore, à un mois d'intervalle, les même applications sont faites.

Six semaines après la dernière série d'application; les lésions chéloïdiennes ont totalement disparu. Une année après la fin du traitement, les tumeurs n'ont point reparu, les tissus dans la profondeur sont souples; les surfaces traitées sont plus claires, plus lisses, unies et nacrées que la peau normale ».

Les auteurs insistent sur ces faits :

1° Que la guérison aussi facile d'une acné chéloïdienne mérite d'arrêter l'attention. Une des raisons du caractère particulièrement rebelle et de récidives de ces lésions est l'apparition constante et habituelle de nouveaux éléments acnéiques. Or ces éléments n'ont pas reparu.

2° Cette observation montre que les tissus chéloïdiens supportent parfois des doses de radioactivité globale, très intenses sans être le siège d'inflammation vive. Ces inflammations se réparent vite et n'exercent aucune action excitante de nature à déterminer des récidives.

Observation (WICKAM et DEGRAIS).

Un ouvrier de 37 ans, vient consulter pour une acné chéloïdienne de la nuque. C'est d'abord une poussée de folliculites qui est apparue juste à l'endroit du frottement du faux-col. Peu à peu ces éléments ont été le siège de chéloïdes ; celles-ci occupent toute la région postérieure du cou.

Le début du développement chéloïdien remonte à huit ans, pendant lesquels, différents traitements ont été essayés sans résultat. Les chéloïdes sont constamment le siège de nouvelles poussées folliculites : les démangeaisons sont vives. -

Le traitement consiste en quatre séries d'applications, à six semaines d'intervalle, de l'appareil n° 3, trois heures sur chaque place.

Six mois après la fin du traitement, la région présente un aspect excellent. On ne sent plus rien de la chéloïde et les éléments d'acné ont disparu.

Nous avons traité, ajoute l'auteur (1), d'autres cas d'acné chéloïdienne avec des résultats à peu près analogues. Aussi pensons-nous que le radiumthérapie leur est très nettement indiquée.

Nous retrouvons dans numéro du *radium*, une conférence faite par Octave Claude, sur le traitement de cette affection et des tumeurs chéloïdiennes par le radium : voici ce que l'auteur dit à ce sujet « Wickam et Degrais ont remarqué que le radium a une action spécifique sur les chéloïdes en même temps qu'il pouvait avoir une action destructive.

Aussi dans la technique thérapeutique, ces deux modes d'action sont utilisés. »

1° *Action spécifique* : ainsi, dit Octave Claude, dans un résumé de la technique de Wickam. « Il faut se servir ou bien du rayonnement *global*, en utilisant surtout des rayonnements B de pénétration moyenne, avec des applications courtes et fréquentes, ou bien, des rayons ultra-pénétrants à dose faible, et en les faisant agir longtemps ; on se sert au besoin de la méthode des feux croisés. Cette technique est lente, et on peut avoir intérêt à employer l'action destructive.

(1) Les premiers essais faits par WICKAM avaient déjà été tentés en 1908 et nous les retrouvons dans une note lue par l'auteur à l'Académie de médecine le 26 mai 1908 sur le traitement des chéloïdes et de l'acné chéloïdienne de la nuque en contribution avec M. Degrais.

2° Si l'on veut agir *par l'action destructive*, l'ont obtient alors un résultat plus rapide, précédé d'une réaction, mais cette réaction ne présente pas de dangers; tandis que les chéloïdes sont excessivement sensibles aux actions chirurgicales et se reproduisent au point d'intervention; l'action du radium, au contraire, ne produit jamais de récurrence.

En combinant l'action spécifique et l'action destructive, MM. Wickam et Degrais ont créé la méthode en deux temps.

Dans le premier temps on agit par rayonnement global.

Dans le deuxième temps, on utilise uniquement les rayons ultra-pénétrants.

Enfin Wickam et Degrais, continuant leurs expériences dans le traitement des chéloïdes et de l'acné chéloïdienne de la nuque, ont publié en 1910, d'autres résultats thérapeutiques.

Dans un article donné par la *Clinique* ils précisent la technique qu'ils ont suivie.

Nous la reproduisons *in extenso*. Il sera intéressant de comparer les méthodes de « radiumthérapie et de radiothérapie à la fin du chapitre de l'acné chéloïdienne de la nuque ».

Technique. — Voici la technique généralement employée dans les cas de chéloïdes et d'acné chéloïdienne de la nuque, par Wickam et Degrais. Nous la trouvons résumée par ces auteurs, dans le n° 40 de la *Clinique* (7 octobre, année 1910).

« Choisissons, disent Wickam et Degrais, un appareil donnant 20 centigrammes de radium, d'activité 500.000, ayant 28 centimètres carrés de superficie et donnant, hors du vernis, une radiation de 17.000 par centimètre carré, composée de 10 0/0 de rayons α , 87 0/0 de rayons β et 3 0/0 de rayons γ , appliquant, dans ces calculs, la méthode de mensuration de l'activité émise hors des appareils que l'un de nous a adoptée vers 1905 (1).

« Or, avec ce même appareil, nous pourrions obtenir la réduction de la plupart des chéloïdes, de bien des façons différentes, soit en appliquant l'appareil à nu sur la chéloïde, c'est-à-dire n'utilisant que le filtrage qui se fait à travers le vernis, soit en interposant des filtres d'aluminium de faible épaisseur, ou des filtres de plomb de $1/10$, de $2/10$, de $3/10$ ou de $5/10$ de millimètre, ou de 1, de 2 ou de 3 millimètres d'épaisseur.

« Tout dépendra de la durée des applications de la somme totale des rayons qui auront été absorbés et, nous vérifierons ici encore ce principe sur lequel nous avons insisté, que, le plus souvent, ce qui importe surtout dans les techniques, ce sont les durées d'application...

« En effet, pour réussir, quels que soient les filtrages employés, il suffira à chaque application et dans la succession des applications, de laisser les appareils un temps inférieur à celui qui produisait de l'irritation. »

A propos de l'irritation exagérée que peut produire une application de radium sur l'acné chéloïdienne ou les chéloïdes; ces dernières, d'après l'auteur, ne subiraient pas un coup de fouet, tout au plus l'esthétique des résultats serait seulement compromis. Il serait à craindre de voir survenir par la suite des pigmentations et des télangiectasies.

« Le procédé qui nous semble le meilleur, dit plus loin l'auteur, est l'emploi d'un appareil à vernis contenant du radium d'activité 500.000 avec filtre de $1/10$ à $3/10$ de millimètre de plomb. Nous le laissons en contact deux nuits pour une première série.

La deuxième série sera faite un ou deux mois après; on se réglera, pour le dosage à adopter, sur le résultat obtenu à la première série..., on continuera les séries jusqu'à la disparition complète de l'induration à la base.

Nous nous sommes contentés d'exposer ici la technique et les résultats obtenus par MM. Wickam et Degrais.

CHAPITRE VIII

PARALLÈLE ENTRE LA RADIOTHÉRAPIE ET LA RADIUMTHÉRAPIE

Nous ne voulons pas faire la critique de la radiumthérapie dans l'acné chéloïdienne de la nuque ; ce traitement est trop récent et n'a pas été très employé dans cette affection.

Nous ne jugerons pas, nous établirons seulement une comparaison.

Guilleminot a montré récemment que, pour une même dose absorbée, l'effet était sensiblement le même, tel est le résultat des analyses des phénomènes d'absorption des rayons X et du rayonnement du radium.

La question se pose alors, doit-on préférer la radiothérapie ou la radiumthérapie ?

Nous pensons néanmoins que la radiumthérapie est un traitement très long et aussi très coûteux.

Il faut disposer ou de nombreux appareils, ou d'appareils à très grande surface et de forme appropriée.

L'appareil dont se servent les D^{rs} Wickam et Degrais, présente déjà une grande superficie (28 centimètres carrés, dit Wickam, dans le n^o de *La Clinique*).

Le rayonnement est de 17.000 par centimètre carré hors du vernis.

« Nous le laissons, ajoute l'auteur, en contact deux nuits pour une première série.

« La deuxième série sera faite un ou deux mois après. On continuera les séances jusqu'à la disparition totale de l'induration. »

Telle est, en quelques lignes, la technique et l'appareillage, d'après Wickam.

Regardons maintenant une acné chéloïdienne de la nuque.

L'aire d'une acné, de dimension moyenne, mesure souvent plus de 28 centimètres carrés. On voit immédiatement quelle surface doit présenter un appareil de radium, si l'on veut traiter la lésion en une seule fois.

Si l'on ne possède pas d'appareils assez grands, il faut diviser la surface chéloïdienne en un certain nombre de segments, que l'on traitera isolément. La durée des applications dépendra ainsi du nombre de segments à traiter.

Les séances suivantes seront faites dans des conditions analogues. (Evidemment, le dosage sera modifié suivant les réactions obtenues dans la première application.)

Dans la technique que le Dr Wickam préconise, il ne nous donne pas un nombre approximatif des séances à faire.

Il serait cependant intéressant, en plus de la durée des applications, d'indiquer le nombre de séances nécessaires pour améliorer une acné chéloïdienne de la nuque, de cinq à six ans et de dimensions moyennes.

Ces quelques remarques, faites en passant, nous montrent combien serait long et coûteux ce traitement, et combien il serait délicat, puisqu'il faudrait confier l'appareil au malade, si on ne garde pas ce dernier à l'hôpital ou dans une clinique.

Continuons notre parallèle et résumons la technique radiothérapique.

En prenant 5 Unités H comme dose moyenne par séance (dose exagérée), et en utilisant un filtre 10/10 (aluminium)

(épaisseur maxima), la durée d'application dure 20' pour une seule séance et 40', si nous décomposons l'aire chéloïdienne en deux segments.

Une irradiation sera faite tous les quinze jours suivant la réaction obtenue. Sans avoir la prétention de fixer un nombre exact des séances, nous pouvons compter 10 à 12 irradiations pour une acné chéloïdienne datant de cinq à six ans, et 20 à 25 pour les vieilles acnés chéloïdiennes.

Ces nombres sont approximatifs, mais permettent de se faire une idée de la durée du traitement.

Du parallèle entre la radiumthérapie et la radiothérapie, il résulte, d'après nous, que cette dernière méthode est préférable dans la majorité des cas. Nous laissons de côté la question « action destructive et action élective due aux rayonnements du radium. Disons seulement que si le mode d'action au rayon X n'est pas mieux connu que celui du radium, sa technique est plus précise et nous fait préférer les rayons X comme agents thérapeutiques.

Cependant, le Dr Wickam et Degrais ont obtenu de très bons résultats dans l'acné chéloïdienne de la nuque, et ces heureux essais doivent faire compter la radiumthérapie comme un bon traitement.

On pourra avantageusement utiliser le radium, quand les rayons X ne semblent plus avoir d'action, la radiumthérapie pourra assouplir les régions précédemment traitées.

Il semble, en effet, que le rayonnement Y du radium permet d'obtenir des modifications profondes, tout en respectant l'intégrité des éléments superficiels.

Ainsi la radiothérapie peut se combiner à la radiumthérapie pour obtenir des résultats plus parfaits. Cela nous amène à dire avec Belot « que loin de se combattre, les deux méthodes peuvent avantageusement s'associer ».

CHAPITRE IX

CONDUITE A TENIR DANS UNE ACNÉ CHÉLOIDIENNE DE LA NUQUE.

Il est très difficile de donner une règle absolue de conduite dans le traitement de l'acné chéloïdienne de la nuque.

Nous pouvons cependant résumer ainsi la thérapeutique de cette maladie en se basant d'après les trois phases que nous avons décrites dans l'étude clinique symptomatologique.

Il faudra donc une thérapeutique différente pour chacune d'elles.

Traitement de la première phase. — Si le médecin n'a pas à sa disposition l'électricité, il peut à cette première phase utiliser le traitement médical de l'acné vulgaire (pâtes, lotions soufrées, emplâtres, pansements humides, vider les pustules et petits furoncles ou même épilation à la pince) ; tel est le moyen d'enrayer une acné chéloïdienne du début au stade acnéique.

La radiothérapie à la dose d'épilation est le meilleur moyen d'arrêter le développement d'une acné au début. Nous la conseillons ; une séance suffit de (5 unité). Il faut avoir soin de faire suivre l'application des rayons X de pansements humides bien faits.

En résumé : à cette première phase, il faut épiler, vider les pustules, et faire de l'asepsie.

Traitement de la deuxième phase. — La lésion est plus avancée. Le malade en est à ce que nous avons appelé la deuxième phase de « *chéloïdes habitées et inhabitées* ».

Ici deux thérapeutiques : le médecin doit traiter d'une façon différente les chéloïdes habitées et les chéloïdes inhabitées.

a) Les premières relèvent d'une thérapeutique bien connue et relativement facile : il faut évacuer les petits abcès, vider les pustules, enlever les bouquets de poils à la pince, faire quelques pointes de galvano-cautères s'il y a lieu.

Les rayons X à dose d'épilation 5 unité trouvent ici leur application — et sont préférables à tout autre mode d'épilation. — Il est important de prévenir l'infection des follicules voisins ; l'épilation contribue à cette mesure préventive, mais il faut la compléter par des pansements (pâte de zinc boriquée, camphrée par exemple, compresses à l'eau d'Alibour diluée, etc...)

Voilà pour le traitement des folliculites.

b) Quelle thérapeutique conseiller pour les chéloïdes inhabitées ?

Si l'on a à sa disposition la radiothérapie, il n'y a pas à hésiter il faut l'employer. On peut, si le cas le permet, faire l'excision et appliquer la technique de la méthode mixte que nous avons préconisé (chapitre ou bien faire des irradiations de 5 ou de 4 II tous les quinze jours avec filtre 5/10^e (Aluminium)).

La radiumthérapie peut être essayée mais nous lui préférons les rayons X.

Cette thérapeutique est la méthode de choix ; mais, malheureusement, le praticien ne peut pas y recourir pour tous les malades.

Alors, quelle méthode employer ?

La lotion soufrée ainsi que les pâtes, pommades diverses, ne semblent pas avoir d'action sur le tissu d'apparence chéloïdien.

Nous croyons pouvoir conseiller les scarifications combinées au traitement médical, c'est le vieux traitement préconisé par Vidal et continué par MM. Brocq, Bodin, etc.

Bien fait et associé aux lotions soufrées, il tient la première place après la radiothérapie.

Parmi les traitements électriques, l'électrolyse est le seul qui mérite d'être utilisé.

Il constitue un traitement facile; une batterie de piles, des aiguilles, sont le matériel nécessaire au praticien. (Pour la technique voir chapitre VII.)

Ces deux méthodes, scarifications et électrolyses se complètent, et à elles deux constituent un bon traitement de de l'acné chéloïdienne de la nuque. Employées séparément, elles paraissent insuffisantes. Les lotions ou pâtes soufrées sont l'adjuvant indispensable de ces deux méthodes.

3^o Traitement de la troisième phase. — L'acné chéloïdienne de la nuque est complètement organisée. Les chéloïdes habitées sont très rares, le tissu de néoformation prend toute l'importance.

En ce cas quelle doit être la thérapeutique?

a) Les quelques papulo pustules sont vidées, les poils extirpés, le traitement est celui de l'acné au début.

b) La masse chéloïdienne est la lésion principale. On la traitera comme dans le cas précédent, mais, ici, on se trouve en présence d'une chéloïde ancienne, et par conséquent essentiellement rebelle à toute thérapeutique.

Non seulement le traitement médical ne peut rien, mais les scarifications et l'électrolyse même, ne semblent pas pouvoir donner une amélioration bien sensible.

La Radiothérapie est à notre avis la seule thérapeutique qui puisse donner des résultats relativement heureux. Les

irradiations seront dosées comme d'ordinaire (4 ou 5 unités H tous les 15 jours avec filtre d'aluminium 10/10).

Quand les rayons X sembleront ne plus avoir une action efficace, il y aura avantage à essayer la radiumthérapie pour obtenir une guérison plus parfaite. Elle complètera ainsi l'action des rayons X.

Tous ces traitements constituent la thérapeutique locale de l'acné chéloïdienne de la nuque ou des chéloïdes sur acné polymorphe, mais il est de toute nécessité d'y joindre un régime convenable.

Le praticien ne doit pas oublier, que même si on connaissait l'agent pathogène de l'affection, celle-ci serait quand même sous la tutelle des réactions individuelles, comme tant de dermatoses. Aussi, modifier le terrain, mettre le sujet dans les meilleures conditions de défense, est la première thérapeutique à faire. Le médecin doit y penser avant de commencer les traitements locaux.

L'examen minutieux de tous les appareils s'impose. La régularité des fonctions de ces derniers est en effet une condition indispensable et nécessaire.

Le malade ainsi préparé est soumis à la thérapeutique proprement dite de l'affection, et se trouve dans les meilleures conditions pour guérir.

Le traitement local est très important. Un régime convenable ne l'est pas moins, car, comme l'a dit très souvent notre maître M. Brocq « *le dermatologiste doit avant tout être médecin* ».

OBSERVATIONS

I. — Acné chéloïdienne de la nuque.

Observation I.

Acné chéloïdienne de la nuque tout à fait au début.

Le nommé A... Jean, âgé de 27 ans, est atteint d'une maladie dont le siège est la nuque.

L'affection est de date récente, le début remonte au mois de juin 1909. A cette époque le sujet présentait des éléments pustuleux impétigineux : ces éléments siègent à la nuque et au menton, ressemblant à une folliculite. Il consulta à l'hôpital Saint-Louis et fut traité à l'eau d'Alibour.

Le malade guérit de ces pustules à la barbe, mais la lésion demeura très tenace à la nuque. Il y eut amélioration mais jamais guérison complète.

Les écarts de régime occasionnaient chez le malade des poussées du côté de la nuque.

A partir de ce moment, il ne se soigna plus, ne suivit pas de régime alimentaire ni de traitement local ; les éléments pustuleux, loin de regresser, augmentèrent de nombre.

Le malade est resté pendant l'année 1910 sans se soigner, c'est seulement devant la persistance et les progrès de l'affection qu'il s'est décidé à venir consulter à l'hôpital Saint-Louis où nous l'avons examiné, service de M. le Dr Brocq, le 21 décembre 1910.

Examen actuel. — Les lésions sont localisées à la nuque, elles sont caractérisées par des éléments qui ont envahi toute la face postérieure de cou au-dessous de la limite naturelle des cheveux. Ces éléments sont groupés ou isolés.

On voit qu'il y a trois groupes principaux ; le premier occupe la partie médiane de la nuque, les deux autres sont situés de chaque côté.

Ils sont entourés tous les trois de satellites espacés les uns des autres.

a) Le groupe médian est le plus accentué, il a l'aspect framboesiforme, il est de couleur rouge, rosée, suintant.

Il est formé par des éléments pustuleux surélevés, coniques, centrés par une pustule jaunâtre où sont implantés un ou plusieurs poils.

Ces éléments sont agglomérés et forment un placard. D'autres éléments semblables sont isolés et existent à un ou deux centimètres de ce noyau central. Ils ont aussi les mêmes caractères.

b) Les groupements latéraux sont de plus petit volume, mais présentent le même aspect, les mêmes caractères dans le placard central comme dans ces deux derniers, le toucher montre que certains éléments sont indurés et non infectés, d'autres au contraire laissent sourdre à la pression une petite quantité de pus.

Les poils sont implantés profondément par nombre de trois ou quatre, ils sont collés à leur base et forment une sorte d'aigrette, de bouquets.

Enfin outre ces trois groupes, il existe, comme nous l'avons dit, des éléments semblables, isolés, situés particulièrement dans la partie supérieure, c'est-à-dire au niveau du cuir chevelu.

La nuque, palpée à pleine main, semble moins souple qu'à l'état normal et témoigne par petits points des noyaux d'indurations, qui sont en relief.

Il résulte de cette description que l'on peut porter le diagnostic « d'acné chéloïdienne de la nuque en formation. »

Cette observation est d'autant plus intéressante qu'elle montre les formes de passage de l'acné polymorphe et de l'acné monomorphe.

En effet, nous y trouvons des éléments acnéiques, pustuleux en évolution, et des éléments acnéiques chéloïdiens. Cette forme montre également la *tendance à l'agglomération des éléments acnéiques*. On trouve en effet, trois placards nettement organisés.

Le malade a été photographié le jour même, et nous avons fait des Rayons X à la dose de 5 unité. L'irradiation a été décomposée en trois séances et a porté sur les éléments isolés et sur les placards ;

Le malade a été soumis au régime général des acnéiques, et continue son traitement.

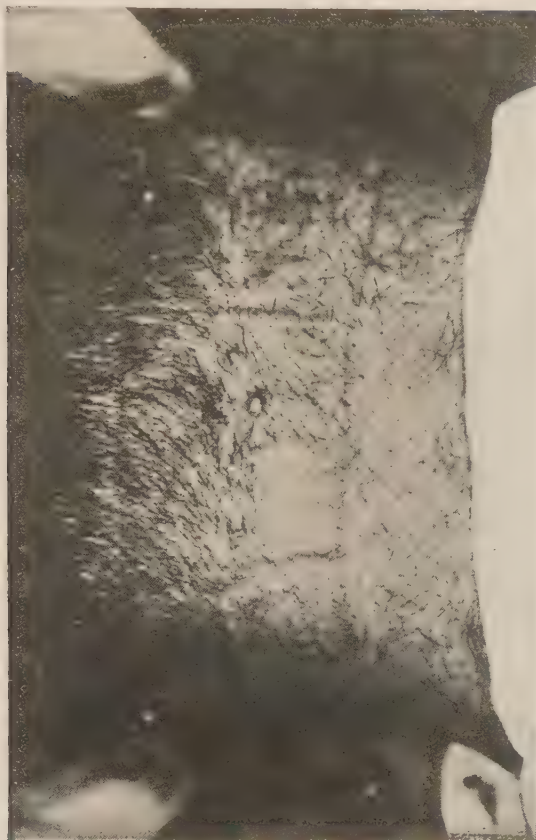


FIG. 10

Acné chéloïdienne au début avec des papulo pustules et des petits éléments devenus déjà chéloïdiens.

La photographie montre en outre comment nous divisons en segments la zone à s'irradier.

Les rayons ne sont pas filtrés, on fait 5 unité H pour déterminer l'épilation.

(*Observation 1*)

Observation II*Acné chiloïdienne de la nuque consécutive à une furonculose*

Le nommé K..., est âgé de 24 ans, de nationalité russe.

Le début de la maladie remonte à l'année 1904. Le point de départ fut une poussée de furonculose localisée à la nuque ; tout d'abord les furoncles étaient peu nombreux ; les uns disparaissaient tandis que d'autres entraient en pleine évolution ; au bout d'un certain temps, ils se sont agglomérés et ont formé des placards, cette première poussée a cédé à des mesures d'hygiène et à quelques absorptions de levure de bière.

L'année suivante, après une période de calme qui dura quelques mois, se fit une nouvelle poussée commençant encore par éléments isolés, c'est-à-dire par des petits boutons d'acné pustuleuse et quelques points de folliculites.

Au dire du malade, pendant cette nouvelle période, le processus semblait en relation avec le tube digestif, en effet les éléments augmentaient de nombre et de volume, quant les selles étaient laborieuses chez le sujet.

Ils étaient constitués par des papulo pustules croutelleux, laissant sourdre du pus en petite quantité, l'apparition de ces derniers était précédée par une légère douleur, une petite cuisson. Cette deuxième poussée un peu plus intense que la précédente, eut aussi une plus longue durée ; l'ensemble de l'agglomération de furoncles ou d'acné pustuleuse avait un aspect franboésiforme, le malade fit alors des pansements humides, prit à l'intérieur de la levure de bière et quelques légers purgatifs, à ces mesures d'hygiène la seconde poussée céda.

Le malade raconte qu'après la cessation des phénomènes inflammatoires, sa nuque reprenait son aspect normal, sans présenter de cicatrices.

Chaque saison amenait une nouvelle poussée, et le malade a vu récidiver sa furonculose pendant trois ou quatre ans. Mais ces poussées répétées, devenaient de plus en plus marquées, et un très petit intervalle de temps les séparait les unes des autres ; vers ces dernières années, il n'y eut plus de rémission, les lésions persistaient tout le temps : pustules d'acné, petits furoncles, quelques gouttelettes de pus, et surtout confluence de tous ces éléments avec tendance à l'induration.

Tels sont les phénomènes qui se manifestèrent pendant l'année 1908. Depuis deux ans la lésion a évolué vers la transformation chéloïdienne.

et le malade a assisté à l'induration du placard framboésiforme siégeant à la nuque, c'est à ce moment que le malade vint consulter dans le service de M. Brocq ou nous l'avons vu. Novembre 1909.

L'aspect des lésions est le suivant : c'est tout d'abord une plaque rouge pâle légèrement cicatricielle au centre et à sa partie inférieure, de la grandeur d'une pièce de 5 francs. Elle est circonscrite surtout en haut par de nombreux éléments, petits, rouges, rosés, rentrés par un ou plus souvent par plusieurs poils; quelques-uns laissent sourdre une petite quantité de pus; la partie inférieure du placard est dépourvue de foyers en activité.

Le palper révèle une induration et une infiltration très nette à la partie inférieure et au centre, induration chéloïdienne mais non constante et non généralisée dans la partie supérieure, il n'y a pas à ce niveau inférieur de palper un tissu uniformément chéloïdien, mais bien des nodosités indurées séparées entre elles par des tissus d'apparence infiltrés. C'est une série de petits mammelons durs sur une base presque de consistance normale. Donc en bas induration chéloïdienne, tandis qu'au voisinage du cuir chevelu, induration partielle, par nodosités d'où émergent des poils en bouquets en pinceaux.

Une biopsie a été faite le 26 mars portant sur un élément induré et enflammé.

Le pus prélevé dans les folliculites a été ensemencé sur les milieux de Sabouraud et a donné au bout de trois ou quatre jours des colonies blanchâtres et dorées, de staphylococques dont on a vérifié l'identité.

Chez le malade on ne trouve pas d'autres éléments acnéiques.

Le sujet est bien constitué, blond, et travaille dans les cuirs et peaux; son cou est gras, pas haut et présente des plis très épais.

Antécédents héréditaires et personnels :

Le jour même on a soumis le malade à un hygiène convenable. Puis après avoir lavé sa nuque à l'alcool camphré, on lui a appliqué le traitement radiothérapique. Le malade recommence à prendre de la levure de bière à l'intérieur. La lésion a été prise à ce stade où l'évolution chéloïdienne est encore incomplète et surtout partielle.

C'était un petit placard non uniformément chéloïdien; mais ce n'était pas une acné cicatricielle, ni une induration de furoncle simple, c'était comme nous l'avons dit un placard d'aspect framboésiforme présentant des nodosités en voie de transformation en tissu chéloïdien.

Les pustules ont été ouvertes au galvanocautère pour détruire les foyers en activité, puis le malade a subi trois séances de rayons X, il a

absorbé en tout 12 H sous filtre, puis dans l'intervalle, des pansements humides. Ce traitement a donné d'heureux résultats.

Mais nous faisons remarquer que dans ce cas, il s'agissait d'une acné pustuleuse à début chéloïdien; dont acné polymorphe beaucoup plus qu'acné monomorphe.

Cette observation est intéressante car elle montre qu'à la période de début, la lésion est facilement curable. Avec des soins locaux et un hygiène continu ainsi qu'une surveillance de l'appareil digestif, la formation de l'acné chéloïdienne est enrayée, et cette dernière avorte pour ainsi dire complètement.

Observation III

Acné chéloïdienne consécutive à une furonculose.

Il s'agit d'un jeune homme, G... B., âgé de 27 ans, employé de bureau.

A l'âge de 15 et 16 ans, le malade a eu plusieurs poussées d'acné au visage; quelques temps après, c'est-à-dire, vers la puberté, des furoncles sont apparus sur la nuque et qui ont toujours persisté malgré quelques rares rémissions; le sujet est donc resté porteur de furoncles et n'a pas essayé de s'en débarrasser.

En 1905 une nouvelle poussée de furonculose est venue inquiéter le malade, et dès cette époque, plusieurs élevures centrées par un poil ont suppuré et ont eu une légère tendance à l'agglomération. Le sujet a constaté depuis le commencement de l'induration en présence de laquelle nous nous trouvons alors. D'ailleurs cette nouvelle poussée à la nuque a été accompagnée d'une furonculose généralisée à tout le corps; il est à remarquer certaines localisations, en effet, des furoncles très rebelles à la hanche et autour de l'orifice anal ont fait souffrir le malade. Ces derniers ont disparu, de même que la furonculose du corps, mais ceux de la nuque ont continué leur évolution.

Le 28 sept. 1910, le malade se présente au service d'Electricité de M. Brocq où nous l'avons examiné; il y a trois ans notre éminent Maître avait vu le malade et avait diagnostiqué une acné chéloïdienne, et malgré les conseils que lui donna M. Brocq. Le malade ne voulut pas suivre un traitement sérieux, et resta sans se soumettre à l'action des rayons X.

Toutefois le malade reçut de légères cautérisations et prit un peu de levure de bière à l'intérieur; quelques pansements humides sur la

nuque furent aussi appliqués. Aujourd'hui le malade présente les lésions suivantes.

Etat actuel. — La région atteinte est la nuque, partie centrale, juste au-dessous des derniers cheveux; elle est peu étendue: c'est en somme une tumeur chéloïdienne de petit volume, mais les nodosités sont élevées, et l'on peut dire qu'il existe deux groupes en voie chéloïdique, situés de chaque côté de la nuque et reliés entre eux par un petit intervalle de peau paraissant normale et de même plan que les tissus des régions voisines.

La tumeur gauche, la plus volumineuse, est constituée elle-même par une triade d'élevures qui se sont réunies. Elle a quatre centimètres environ de diamètre, elle est sensiblement ronde, mais elle est très élevée au-dessus de la peau normale sur laquelle est reposée, sa hauteur est de 6 à 7 millimètres.

Du côté droit, existe une tumeur un peu plus petite, de la grosseur d'une noisette, sans contours bien nets, peu élevée relativement. Elle aussi est formée par un groupement de petites nodosités.

Comme nous l'avons dit, ces deux tumeurs sont reliées entre elles par une peau semblant normale. Elles présentent toutes les deux les caractères suivants :

Ce qui frappe tout d'abord, ce sont les petits bouquets de poils, réunis en faisceaux de trois ou quatre, et semblant avoir un orifice pileux commun. Les cheveux sont implantés en pleine tumeur. Ils se dressent fortement. On rencontre plusieurs groupes semblables disséminés dans les deux chéloïdes. Enfin, une couronne de cheveux circonscrit dans l'hémicycle supérieur chacune de ces tumeurs.

On trouve quelques croûtelles jaunâtres, presque toutes desséchées. Les poils, enlevés à la pince, viennent assez facilement, sans trop de douleur pour le sujet, et l'on constate ainsi la profondeur d'implantation.

Les cheveux sont entourés d'une couche de débris de sécrétions glandulaires et d'une matière jaunâtre adhérente aux poils. Le palper est caractéristique; l'induration est très nette dans les deux tumeurs; légère à leur périphérie et assez sensible dans la peau qui les relie entre elles, profonde et franche au centre. Tout autour, on note quelques points infectés, non indurés et ressemblant à des furoncles en activité. Nous ferons remarquer que le sujet est assez velu, ses cheveux sont noirs, il a de la kérose, n'a jamais été malade. Pas de tuberculose, pas de syphilis. De même on ne trouve pas d'antécédents tuberculeux dans sa famille, ni de porteur de kéloïdes.

A. H. Père, mère bien portants.

Un frère bien portant.

Culture, faite le 28 septembre 1910, sur gélose ordinaire et sur gélose maltos et glucose.

Nous avons pris pour l'ensemencement du pus des éléments en activité, après avoir désinfecté la peau et ouvert les petits foyers, nous avons prélevé, dans la profondeur des abcès minuscules, avec une ose de platine, une petite quantité de liquide purulent, peu abondant. Ce pus obtenu a été reporté sur différents tubes. Nous avons obtenu, au bout de quelques jours des cultures typiques, de staphylocoques dorés.

Les poils ont été également ensemencés sur des milieux semblables, et nous avons obtenu des cultures identiques plus ou moins pures, mais le staphylocque y dominait.

Examen des poils. — Les cheveux sont profondément implantés, recouverts dans leur partie inférieure d'une matière jaunâtre adhérente à la gaine du cheveu, la partie superficielle est entourée de squames et de croûtelles.

Après avoir étalé sur une lame la matière jaunâtre qui recouvrait le poil, nous avons fait un bleu de métylène, et l'examen nous a montré la présence de staphylocoques et de débris cellulaires non caractéristiques.

Les squames ont été dégraissés avec l'éther, puis colorés au violet de gentiane. Nous avons trouvé des débris cellulaires en assez grande quantité et qui représentaient les éléments de la couche cornée. Les noyaux étaient très colorés.

Les cheveux examinés à la potasse à 40 % et chauffés légèrement, présentent des caractères importants et que nous retrouvons dans tous les poils d'acné chéloïdienne de la nuque. Ils sont étranglés dans leur partie inférieure, c'est-à-dire dans la partie la plus voisine du bulbe.

Ils sont lobés et présentent une dizaine d'étranglements qui existent plus au point là où le cheveu reste libre; la gaine, dans certains endroits, est également déchirée. Le bulbe et la moelle ne présentent rien d'anormal.

Le malade a reçu une dose totale de 23 unités H... Les deux premières séances ont été faites à la dose d'épilation, c'est-à-dire 5 unités H. Les séances suivantes ont été faites au filtre 5/10, 10/10.

Le malade a été vu pour la dernière fois le 12 décembre 1910. L'amélioration était très marquée, la diminution de volume et la souplesse des tissus étaient déjà très sensibles.

Observation IV.

Le nommé L..., âgé de 33 ans vient consulter le 13 septembre 1910, service de M. Brocq.

A l'âge de 10 ou 12 ans, le malade fait sa première poussée de furoncles; depuis ce début il n'a cessé d'avoir des furoncles; le lieu d'élection était la nuque.

Il y a donc presque vingt ans que le malade est atteint de furonculose; jamais il ne suivit de traitement sérieux, naturellement il prit des dépuratifs et essaya tout l'arsenal pharmaceutique sans succès.

Examen actuel. — Ce qui frappe tout d'abord c'est l'aspect spécial de la nuque; celle-ci est pleine de cicatrices, de furoncles, on trouve de multiples orifices, en un mot tous les reliquats d'une furonculose vieille et intense.

En un point, toujours en dessous des derniers cheveux, se trouve une tumeur plus longue que large, présentant une élévation assez marquée, mais cette tumeur n'est pas une, elle est constituée par trois masses, reliées entre elles par de la peau d'apparence normale.

Ces tumeurs sont assez volumineuses, de la grosseur d'un haricot; elles sont de couleur rouge rosée, avec un centre plus blanchâtre, d'aspect cicatriciel.

Ces trois masses reposent sur un tissu rosé, mais qui présente des cicatrices; la peau est criblée d'orifices cicatriciels assez profonds.

Au sommet de chacune des tumeurs, on trouve des points croûteux, jaunâtres, où sont implantés des bouquets de poils, que l'on extrait facilement et sans trop de douleur pour le patient.

Ces pinceaux de poils sont profondément implantés, et, si on les enlève avec la pince à épiler, on constate qu'une gaine jaunâtre, les enrobe; quelques points encore en activité laissent sourdre une gouttelette de liquide jaune épais, un peu sanguinolent.

D'autres points sont plus volumineux et sont de véritables petits abcès folliculaires et profonds, nous les avons ouverts au galvano-cautère, après épilation totale.

Le palper nous donne les caractères suivants : induration très nette sur toutes les tumeurs, donnant l'impression de nodosités profondes. Les tissus qui relient ces tumeurs, ainsi que leur pourtour, sont encore indurés, mais moins profondément.

En résumé: induration sur trois tumeurs occupant la nuque sur une longueur de 8 centimètres et une largeur de 3 centimètres et une élévation de 7 à 8 millimètres.

Comme autres points importants, nous noterons quelques furoncles disséminés dans les régions auriculaires et sous-maxillaires, de même quelques masses indurées au voisinage de la région thyroïdienne. Ces petites masses sont dures, non suppurées, dataient de 3 mois.

Le visage présente quelques cicatrices, mais tout le corps est indemne.

Le malade est un nerveux, bien constitué, il est blond. Dans ses antécédents personnels, on relève une maladie congestion pulmonaire en 1904 dans les antécédents héréditaires ni tuberculose, ni syphilis, pas d'acné chéloïdienne.

A. H. Père mort emphysémateux.

Mère vivante. Rhumatisme.

Un frère, une sœur bien portante.

Le malade est marié, a un enfant bien portant.

Le pus des abcès a été ensemencé sur six tubes glucosés et maltosés (milieu de Sabouraud) le 15 septembre. Cinq jours après, des colonies de staphylocoques dorés ont poussé; colonies pures et identiques sur chaque tube.

Deux biopsies ont été faites le même jour; nous avons choisi une chéloïde encore habitée, en pleine inflammation avec pinceaux de poils et croûtelles, puis une tumeur nettement chéloïdienne.

Le malade fut également photographié ce jour.

Examen des poils: nous n'avons trouvé rien d'anormal sous les poils, ils sont épais, plus gros que les poils sains. Ils sont entourés d'une matière jaunâtre où nous avons trouvé du staphylocoque,

Les cheveux préparés à la potasse à 40 %, présentent de nombreux étranglements.

La structure du poil lui-même ne présente rien d'anormal.

Le malade a été mis le jour même en traitement par la radiothérapie et commence à prendre de la levure de bière fraîche à l'intérieur.

DATES		H (1)	T	F	Ma
20 septembre 1910	Une séance sur l'ensemble.	5	20	$\frac{10}{10}$	0.8
10 octobre	Poils non tombés. La tumeur semble dominée. Indurat existe.	5		$\frac{3}{10}$	0.5
29 octobre	Amélioration. Epilation complète. Souplesse marquée.	4		c	0.7
14 novembre	Malade va mieux. Peau souple. Pas de réaction anormale.	4		c	0.7
19 décembre	Grosse amélioration. Peau souple. Diminution.	3		$\frac{5}{10}$	0.8
9 janvier 1911	Deux séances. On décompose la nuque en deux parties. Diminution de volume.	4		c	0.8

Le malade continue son traitement et est très amélioré.

Observation V

J. D..., employé de bureau, âgé de 44 ans, demeurant au Caire, se présente devant nous le 24 juin 1910.

Le début de la maladie remonte à l'année 1906 et a eu pour point de départ des folliculites récidivantes, dont le siège était la nuque. Elles étaient de la grandeur d'une pièce de cinq francs.

Le malade déclare avoir essayé divers traitements, il semble avoir traumatisé sa peau par l'application de nombreux caustiques ; de même il a subi plusieurs grattages, des galvano-cautérisations après ablation ; enfin on lui fit de l'électrolyse.

Devant l'insuccès de ces différents traitements, le malade partit du Caire pour consulter à Paris, où il fut vu la première fois le 29 août 1909 à la polyclinique du professeur Gaucher. On lui conseilla de se soumettre aux rayons X.

Le malade retourne au Caire, et le Dr G. O. Lasty commença les séances de rayons X au mois de septembre 1909.

Voici les doses absorbées pendant le premier essai du traitement.

- (1) H = Unité.
 T = Temps.
 F = Filtre.
 Ma = Milliampère.



FIG. 11. — *Avant traitement.*

Acné chéloïdienne déjà organisée et de volume moyen; la lésion date de 2 ans 1/2 environ.

FIG. 12. — *Après traitement.*

La lésion précédente guérie après radiothérapie. (Rayons filtrés).

(*Observation 5*).

G. Steinheil, éditeur.



14 septembre 1909. — 6 H, Sabouraud-Noiré.

5 octobre 1909. — Les poils tombent et le médecin constate une épilation à peu près complète avec pigmentation très prononcée au lieu d'application.

9 octobre 1909. — Nouvelle séance de 6 H comme la première fois.

19 octobre 1909. — Le malade présente une forte réaction, érythème très marqué et plusieurs érosions sur la chéloïde. Pas d'application : on attend.

26 novembre 1909. — On refait une séance de 6 H.

7 janvier 1910. — La chéloïde est aplatie, les tissus sont ramollis.

14 janvier 1910. — Nouvelle séance.

4 février 1910. — Réaction toujours marquée, avec petites érosions.

2 mars 1910. — La réaction est terminée, il n'y a plus de desquamation, plus de croûtes, la chéloïde est lisse, plus molle, cependant on trouve encore quelques noyaux indurés.

Telle est la fiche que le malade nous a communiqué le 24 juin 1910, lors de son second voyage à Paris, époque où le sujet s'est présenté dans le service de M. Brocq où nous l'avons examiné.

A ce moment, le malade portait sur la nuque un peu à droite et juste en dessous des derniers cheveux, une petite plaque cicatricielle de la dimension d'une pièce de deux francs.

Cette pièce était de couleur rouge rosée, nettement d'aspect cicatricielle, sans télangiectasie.

On trouvait, en sa partie supérieure, des cheveux intacts, sans folliculites, de même la tumeur ne présentait aucune trace de suppuration.

Au palper : la surface était assez lisse, mais au palper profond on sentait une induration ; la tumeur était peu saillante, et cependant l'on faisait difficilement des plis en saisissant les tissus entre les doigts.

Nous ferons remarquer que le résultat du premier traitement était bon, il existait encore quelques petits noyaux indurés, que le malade voulait voir disparaître.

Ce jour même avec M. Belot nous avons institué le traitement par les rayons X. Voici le tableau des doses absorbées par le malade et le nombre des séances. Nous avons procédé, comme pour les autres cas d'acnés chéloïdiennes.

	H.	T.	F.	Mil.	amp.
Juin 1910. — Une séance sur l'ensemble	4	10	10/10	—	0.7
8 juillet 1910. — Etat stationnaire, nouvelle séance.....	4	10	10/10	—	0.7

22 juillet 1910. — Souplesse plus marquée dans la peau : diminution de l'induration des noyaux dans la profondeur ; pas de réaction anormale. On refait une troisième application... 4 Unité 10/10 — 0.7

12 août 1910. — Remplaçant le docteur Belot pendant le service des vacances, nous avons constaté la disparition complète des noyaux profonds. Il n'existe plus cette induration primitive profonde, la peau est de couleur normale, souple, molle ; pas de réaction : on fait une dernière séance 3 10 10/10 — 0.7

Le malade repart pour le Caire.

Observation VI.

Le nommé Ch..., cocher, âgé de 19 ans, vient consulter, service de M. Brocq, 10 mars 1910.

Le début de la maladie remonte à l'année 1901 ; à cette époque, le malade était au régiment et fit une poussée de furoncles localisés à la nuque ; ce fut le point de départ de la lésion actuelle ; il eut des poussées successives de furonculose, poussées toujours localisées à la nuque. Certains furoncles entraient en régression, tandis que d'autres apparaissaient. Tout d'abord, ils restèrent isolés, mais, au bout de quelques mois, ils eurent une tendance à s'agglomérer et à former des placards, sans n'être plus séparés par le tissu sain de la nuque.

Dès cette époque, le malade prit des dépuratifs. On appliqua plusieurs cautérisations sur les follicules infectés ; toutes les autres interventions échouèrent.

L'apparition des folliculites de la nuque s'accompagna d'une poussée formidable d'acné, envahissant les lieux d'élection de cette dernière affection. Le dos, les épaules, le thorax, furent criblés d'éléments d'acné.

Ces poussées ont marché de pair avec les folliculites de la nuque et loin de rétrocéder, elles n'ont fait que se développer.

Le malade se présente le 10 mars, à la consultation de M. Brocq, où nous l'avons examiné.

Examen actuel. — La nuque présente deux placards d'aspect chéloïdien, surélevés, de couleur rouge, rosée, blanchâtre au centre.

Ils sont bombés, avec maximum d'élévation au centre, presque lisses, à part quelques folliculites en activité, au niveau de la terminaison du cuir chevelu.

Ces deux plaques occupent symétriquement la nuque, elles sont séparées l'une de l'autre par le sillon de la nuque; elles siègent au niveau des dixième vertèbres cervicales.

Ces placards sont de même forme, plus étendues dans le sens horizontal que dans le sens vertical.

La plaque chéloïdienne droite présente cinq centimètres dans son axe horizontal sur trois centimètres dans son axe vertical.

Elle présente, en outre, une élévation maxima du centre; elle est de forme bombée.

Le second placard chéloïdien, ou placard de gauche, présente 7 centimètres de long sur 2 centimètres de hauteur; il a les mêmes caractères que le précédent.

Ces deux plaques sont circonscrites :

1° En haut par de petits abcès, petits foyers infectés d'où émergent des poils décolorés; ces poils sont implantés profondément et se laissent arracher assez facilement avec la pince. On voit que ces bouquets de poils sont entourés d'une couche jaunâtre et, à leurs parois sont accolés des produits de couleur jaunâtre.

Les cheveux arrachés sont plus pâles que les autres poils normaux.

Il n'est pas rare de voir plusieurs croûtes obstruer les orifices pilaires et, si on enlève ces croûtes, on met à nu un petit foyer d'où l'on fait sourdre une petite quantité de liquide franchement purulent.

2° La partie inférieure des tumeurs est circonscrite par du tissu sain, non infecté, dépourvu de poils.

Le palper des tumeurs est très caractéristique, il révèle une induration franche.

Par certains endroits, au niveau des foyers en activité, dans les points habités de la chéloïde, l'induration est moins nette, quoique existant réellement.

L'épiderme ne se laisse pas plisser; de même, la peau sur laquelle repose ces tumeurs, est moins souple que la peau normale.

La palpation est indolore en général.

Nous signalons maintenant la présence d'une acné généralisée du dos, des épaules et de la poitrine, acné très prononcée, pustuleuse, reposant sur une peau très grasse.

Dans les antécédents héréditaires, nous ne relevons rien d'essentiel.

Père mort de congestion pulmonaire.

Mère bien portante.

Huit frères et sœurs, tous bien portants.

De même, le sujet ne présente pas de passé morbide intéressant ; il n'a jamais été malade. On ne relève pas chez lui de signes d'alcoolisme ou de névropathie.

Remarquons qu'il est blond et très séborréique.

Pas de tuberculose. Pas de syphilis.

Le 10 avril 1910. — On fait deux biopsies : l'une porte sur les chéloïdes, l'autre sur les éléments acnéiques du dos.

Le même jour, nous avons fait l'ensemencement du liquide sortant des petits abcès qui siègent sur les tissus chéloïdiens ; nous avons eu du staphylocoque blanc et doré. (Milieux de Sabouraud.)

Les poils examinés n'ont rien révélé.

Le malade est soumis au traitement radiothérapique, sans ablation des chéloïdes. Avec M. Pautrier, nous avons fait la cure d'exfoliation. La pâte résorcinée forte a été appliquée sur l'acné du dos. Après plusieurs applications de 20', très bien supportées, à huit jours d'intervalle, le malade est complètement débarrassé de son acné. Nous lui avons conseillé ce qu'ordonne toujours M. Brocq : la levure de bière et un traitement interne (régime plus végétarien que carnivore).

Le malade, avant de suivre aucun traitement, a été photographié.

Examen histologique. — Biopsie au niveau du placard chéloïdien de droite de la nuque.

La surface de ce placard qui forme une saillie considérable, est d'un rouge violacé absolument lisse, glabre, ne présentant plus aucune trace de suppuration, ni d'éléments pustuleux en activité, donc « chéloïdes inhabitées ». Le placard chéloïdien est résistant au toucher. Sur les bords du placard se trouvent des petits bouquets de poils implantés dans la bordure, on trouve encore quelques petites croûtelles encore adhérentes, la biopsie est faite sur le rebord de ce placard.

A un faible grossissement, l'épiderme apparaît à peu près normal comme épaisseur, se terminant souvent du côté du derme par une ligne droite, les papilles et cônes interpapillaires ayant disparu ; sur d'autres points, il végète légèrement et enfonce dans le derme quelques prolongements épineux irréguliers.

La biopsie faite très profondément montre dans tout le derme moyen et profond des nodules ou des bandes d'infiltration importantes formées par des éléments cellulaires, très tassés et très serrés les uns contre les autres, nodules ou bandes qui sont eux-mêmes disséminés dans un stroma conjonctif très dense.

Quelques vaisseaux apparaissent manifestement dilatés, on ne retrouve sur les coupes aucun follicule pileux, sauf tout à fait dans la profondeur, où l'on trouve la coupe transversale de deux poils follets très peu importants ou de cheveux atrophiés ou étouffés par le tissu conjonctif adjacent.

II. A un plus fort grossissement nous trouvons les lésions suivantes :

Epiderme. — On retrouve par place une couche cornée, très peu importante, s'exfoliant en fines lamelles qui ne contiennent ni trace de noyaux, ni traces d'éléments cellulaires ; donc exfoliation furfuracée simple.

La granuleuse paraît épaissie d'une façon générale, presque toujours constituée par groupe de cellules chargées de kératohyaline, elle s'épaissit encore jusqu'à former sept ou huit strates cellulaires.

Le corps muqueux ne présente rien de particulier à signaler, aucune altération cellulaire appréciable, on trouve simplement par places, quelques très rares leucocytes en exocytose, qui se faufilent en s'étirant à travers les espaces intercellulaires.

La Basale, est dessinée, nous l'avons dit, suivant une ligne irrégulière, tantôt elle se dirige horizontalement, comme si sur certains points, les papilles et les cônes interpapillaires avaient tendance à disparaître, sur d'autres points elle dessine des papilles assez larges et trapues, quelques-unes arrondies en coupole ; enfin sur d'autres points encore, elle dessine des sortes de prolongements en fuseaux malpighiens qui s'enfoncent en s'éfilant dans le derme sous-jacent.

Au point de vue cellulaire, la basale elle-même n'offre pas grande altération à signaler; cependant sur certains points, les cellules qui la composent présentent des altérations assez curieuses, le protoplasma semble subir une sorte de fonte ou de rétraction un peu analogue à celles de l'altération cavi-taire de Leloir.

Le noyau qui est rétracté ainsi devenu globuleux et fixant plus fortement les colorants, forment une petite masse arrondie d'un violet noirâtre à l'hermatoxyline, entouré par une sorte de réticulum protoplasmique, le tout plongeant dans un espace clair. Lorsque plusieurs cellules de la basale présentent cette altération, celle-ci prend un aspect irrégulier déchiqueté et l'on ne peut plus saisir de façon nette la limite du derme et de l'épiderme. Cette disposition se retrouve dans les points où il existe encore des papilles.

Derme. — Les lésions dermiques qui dominant sont, nous l'avons dit, l'existence de noyaux et de nodules d'infiltration plus ou moins étendus, quelquefois groupés au voisinage de vaisseaux dilatés et entourés par un stroma conjonctif très dur. Mais l'aspect varie quelque peu, suivant les coupes considérées; c'est ainsi que dans le corps muqueux et dans le derme superficiel, on ne trouve pas ou presque pas à proprement parler de foyers d'infiltration, mais simplement une prolifération de cellules conjonctives fixes qui sont beaucoup plus nombreuses que normalement, et qui sont distribuées dans un tissu conjonctif, formé de fibrilles fines, assez délicates et qui ne paraît pas encore avoir été touché par un processus de sclérose.

A noter dans les mêmes régions, mais par places seulement, quelques vaisseaux très dilatés, gorgés de globules rouges à parois non épaissies et peu ou point entourés par l'infiltration cellulaire.

Dans le derme moyen et le derme profond, le tissu conjonctif montre un processus de sclérose avancé, la substance colla-

gène est distribuée en gros faisceaux épais, légèrement ondulés, très denses, très serrés les uns contre les autres. Il y a là un aspect qui rappellerait tout à fait, s'il n'était pas modifié par un autre élément que nous allons décrire, une lésion de chéloïdes vraies.

Mais dans ce tissu conjonctif dense se trouvent creusées des sortes de logettes plus ou moins étendues, tout à fait irrégulières de forme tantôt vaguement polygonales, tantôt allongées en boyaux, et dans ces loges se trouvent répartis des foyers d'infiltration formés par des éléments cellulaires très serrés les uns contre les autres et soutenus par un réticulum conjonctif fin et grêle. Au sein de ces foyers d'infiltration s'aperçoivent des vaisseaux sectionnés tantôt en longueur, tantôt en largeur.

Quand on étudie la nature des éléments cellulaires qui constituent ces foyers d'infiltration, on est tout à fait surpris de remarquer qu'il s'agit exclusivement, sinon tout à fait, de plasmazellen, si bien que abstraction, faite de l'épiderme, la lésion pourrait se définir schématiquement de la façon suivante: *un plasmome pur, découpé en nodules et en boyaux et cloisonné par un stroma conjonctif sélérosé.*

Traitement par Rayon X.

DATES		H	T	F	Ma
14 mars 1910	Lésion traitée en deux séances.	5	8	c	0.6
7 avril	Pas de réaction. Traitée en deux séances.	4	8	c	0.6
19 avril	Lésion en deux séances. On ouvre les petits foyers au galvanocautère.	4	8	a	0.6
3 mai	Epilation presque complète, encore quelques points suppurés. Traitement en deux séances.	4	8	c	0.7
17 mai	On reprend l'ensemble, la lésion semble assouplie.	4	8	c	0.7
31 mai	L'épilation est complète, la lésion est affirmée, plus souple, il reste encore quelques points suppurés.				
9 juin	On reprend l'ensemble en deux séances.	4	8	c	0.7
22 juin	Plus de suppuration. Lésion plus souple, très améliorée. Une séance.	4	8	c	0.7
13 juillet	On refait le traitement en deux séances. Plus de poils.	4	16	$\frac{10}{10}$	0.7
3 août	Lésion en deux séances.	4	16	$\frac{10}{10}$	0.7
30 août	Il n'y a plus de poils, plus de suppuration. On laisse le malade au repos. Le tissu est souple.				
25 octobre	Bon état, pas de folliculites. On reprend l'ensemble de la lésion.	4	16	$\frac{10}{10}$	0.7
15 novembre	Toujours bon état, la peau est cicatricielle, mais les tumeurs sont très affirmées. Pas de suppuration. Une séance.	4	16	$\frac{10}{10}$	0.7
7 décembre	On reprend le tout en deux séances. La peau souple, plus de tumeur.	3	12	$\frac{10}{10}$	0.8

Le malade est considéré comme guéri.

Observation VII.

Le nommé B... est âgé de 39 ans, sans profession.

Le début de la maladie remonte à l'année 1907 ; le malade s'est présenté dans le service de M. Brocq, au mois de juillet 1910.

Le sujet a fait il y a trois ans, une poussée de furonculose. Les éléments étaient d'abord petits, isolés, disparaissant pour donner naissance à d'autres. Enfin, après ces périodes de guérison relatives, suivies de rechutes, les éléments ont eu tendance à confluer, et à former des placards plus ou moins accentués.

Sous une influence mal définie, peut-être l'arrivée du sujet à Paris, le changement d'air et d'alimentation, les poussées se sont faites plus fréquentes et il semble qu'à partir de cette époque, c'est-à-dire fin de 1909, la maladie ait subi un coup de fouet et une orientation différente. En effet les pustules acnéiques, les éléments furonculoux se sont réunis et ont commencé une évolution nettement chéloïdienne.

Il est très remarquable de constater la prompte évolution d'une acné furonculouse et pustuleuse en chéloïde ; en effet, dans l'espace de cinq à six mois, la transformation en tissu chéloïdien était faite.

C'est à cette époque, que le malade s'est présenté à l'hôpital Saint-Louis.

Examen actuel. -- La nuque est le siège d'une tumeur indurée, occupant le centre, et située immédiatement au-dessous de la limite des cheveux.

Ce placard est de couleur rouge rosée, d'aspect cicatriciel. Il est de forme ovale, mesurant environ trois à quatre centimètres dans son grand axe, sur deux centimètres à peine dans sa hauteur. La partie centrale est bombée, surplombant les bords ; le bord inférieur est lisse et ne présente aucun foyer purulent, aucune bosselure, le bord inférieur constitue un véritable bourrelet bien limité. Le bord supérieur au contraire, a une disposition tout autre : la surface n'est plus lisse, elle est creusée de petites logettes, de petits foyers croûtelleux, d'où émergent plusieurs poils, en forme de bouquets, de pinceaux. Enfin sur d'autres points existent des orifices ne contenant pas de poils, et laissant sourdre une petite quantité de pus.

Le *palper* nous donne des caractères importants : c'est d'abord l'induration très nette généralisée à la tumeur tout entière, induration qui empiète sur le tissu sur lequel elle repose.

Au niveau du bord supérieur, la formation chéloïdienne est moins manifeste. Il existe quelques petits points indurés, et d'autres non in-

durés, enfin les orifices pilaires présentant de l'inflammation sont légèrement indurés.

On extirpe les poils sans trop de douleur pour le malade, ils sont implantés profondément et perpendiculairement; on peut en compter de trois à quatre par orifices.

Ce même jour, 26 juillet, on a fait une biopsie portant sur les lésions en activité, c'est-à-dire sur le bord supérieur (chéloïdes habitées) la pièce a été fixée au (Dominici). comme toutes les pièces que nous avons fixées.

Le liquide trouvé sous les croûtelles a étéensemencé ensuite sur les différents milieux de Sabouraud; une semaine après, ont poussé des cultures de staphylocoques, vérifiées au microscope. Les poils ont été ensemencés; on a coupé dans un mortier la partie inférieure du poil, c'est-à-dire la racine elle-même; ils ont été ensemencés sur des milieux de Sabouraud. Plusieurs tubes ont donné des staphylocoques, d'autres présentaient des cultures impures.

Le 26 juillet, le malade a commencé son traitement par les rayons X. Nous avons lavé à l'alcool éther les points où devaient porter les rayons X, puis nous lui avons fait absorber la dose de 5 unité sans filtre.

Recommandations d'hygiène habituel.

Le passé morbide de l'individu ne présente rien d'intéressant; c'est un sujet bien constitué, grand, blond, assez vigoureux. Les antécédents héréditaires sont nuls, et n'offrent pas d'importance.

Pas de tuberculose.

Pas de syphilis.

Le sujet est employé de bureau.

Anatomie pathologique. — Les lésions sont de deux ordres à la fois dermiques et épidermiques, caractérisées du côté de l'épiderme par une hyperacanthose considérable avec hyperkératose et par place par de la parakératose; du côté du derme, par une sclérose conjonctive et des foyers d'infiltration en bandes répondant au type que nous avons plusieurs fois rencontré.

Epiderme: La couche cornée est en état d'hyperkératose légère et en voie d'exfoliation; par places, principalement au niveau des orifices pilosébacées, elle est en état de parakératose prononcée avec nombreux noyaux en bâtonnets.

La granuleuse, qui disparaît dans les points correspon-

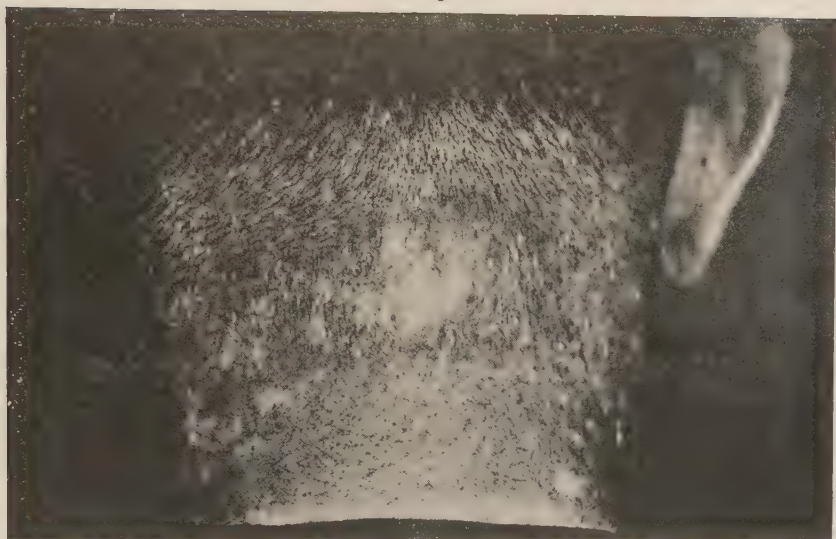


FIG. 13. — *Après traitement.*

Photographie du malade B. La lésion était de 7 à 8 centimètres de long sur 2 centimètres de large. (Voir l'observation).

La dose totale a été de 35 unité H. Le traitement a été commencé le 26 juillet 1910. Le malade revu au mois de janvier est considéré comme guéri. (Rayons filtrés).

(*Observation 7*).

dant à la couche cornée parakératosique, s'épaissit au contraire d'une façon irrégulière sur les autres points.

Le corps muqueux de Malpighi, d'épaisseur à peu près normale sur les bords de la biopsie, s'hypertrophie peu à peu et présente une hyperacanthose considérable dessinant des papilles irrégulières, tantôt trapues et bifurquées, tantôt très hautes et étroites. Les cellules malpighiennes elles-mêmes ne présentent rien d'intéressant à signaler.

La basale est normale et très régulière.

Dans la partie centrale d'une série de coupes, on retrouve un follicule pilo-sébacé qui s'étend jusqu'à la partie la plus profonde des coupes. Tout son orifice est obturé par un volumineux cocon séborréique en partie vide dans sa région centrale: fait assez curieux, les lamelles cornées imbriquées, qui s'enfoncent dans l'infundibulum pileaire, sont en continuation du côté gauche avec une couche cornée parakératosique avec disparition totale de la granuleuse, du côté droit, au contraire, avec une couche cornée normale sans noyaux en bâtonnets et reposant sur une granuleuse extrêmement épaissie, formée de huit à dix assises d'éléments cellulaires. Ces lamelles cornées, imbriquées comme les bulbes d'un oignon, sont envahies non seulement en surface, mais même très en profondeur par des amas microbiens extrêmement denses et tassés, formant en quelque sorte litière entre les feuilletts cornés. Ceux-ci, du reste, dans la partie centrale de l'utricule pilo-sébacé, ne forment plus de lamelles bien nettes, mais, mélangés aux amas microbiens forment une sorte de magma en voie d'évacuation. Ces lésions sont en sorte analogues à celles d'un cocon séborréique infecté.

Au pourtour de ce follicule on ne trouve pas trace d'infiltration aigue du derme.

Derme: Les lésions du derme rentrent dans le type que nous avons décrit. Ce sont toujours les mêmes traînées, les mêmes bandes d'infiltration, réparties dans un tissu con-

jonctif sclérosé, formé d'une façon à peu près élective par des plasmazellen, groupées parfois autour de vaisseaux ou de fentes vasculaires ou de lymphatiques allongés, s'épaississant en certains points pour former, non plus de simples bandes ou trainées, mais de véritables nodules.

Ces lésions n'envahissent pas les papilles, quand celles-ci sont hautes et étroites; dans ce cas, on trouve dans le corps papillaire un tissu conjonctif qui n'est pas encore sclérosé, des vaisseaux allongés, dilatés et une prolifération des cellules conjonctives.

Ajoutons cependant que sur les coupes colorées au bleu et à l'orcéine, le tissu élastique paraît avoir disparu à peu près complètement dans le derme sclérosé.

Traitement Radiothérapique

DATES		H	T	F	MA
26 juillet 1910	Toute la lésion est traitée.	5	10	c	0.7
23 août	On reprend la lésion. L'épilation est complète.	4	10	$\frac{3}{10}$	0.7
27 septembre	On reprend toute la lésion; La chéloïde commence à regrossir.	4	10	$\frac{3}{10}$	0.7
11 octobre	On refait l'ensemble en deux séances. La chéloïde continue à diminuer.	4	10	$\frac{3}{10}$	0.7
26 octobre	Pas de suppuration. Affaissement des chéloïdes. Séances.	4	16	$\frac{10}{10}$	0.7
9 novembre	Amélioration. Irradiation en deux séances.	4	12	$\frac{5}{10}$	0.7
26 novembre	La peau du malade est plus souple. Les mouvements sont plus faciles pour le malade. Les chéloïdes existent à peine: séance sur l'ensemble.	4	12	$\frac{5}{10}$	0.7
10 décembre	On refait sur l'ensemble. Bon état plus de chéloïdes.	3	12	$\frac{5}{10}$	0.7
24 décembre	Très bon état. La peau a repris son volume normal, elle est légèrement cicatricielle.	3	12	$\frac{10}{10}$	0.7

Le malade a reçu neuf séances et est considéré comme guéri.



FIG. 14

Acné Chéloïdienne après traitement.

L'affection remonte à 1903, le traitement a été commencé le 31 août 1909. La dose totale a été de 40 H. (Rayons filtrés.) En août 1910, le nommé T... est considéré comme guéri.

(*Observation 8*).

Observation VIII.

Le nommé T..., cultivateur âgé de 54 ans, s'est présenté dans le service du Dr Brécq, hôpital Saint-Louis, le 31 août 1909, époque à laquelle nous l'avons examiné.

Histoire de la maladie : Le début de l'affection remonte à l'année 1886; le malade était sous les drapeaux et reçut à la nuque un traumatisme par arme à feu. Le point touché guérit assez rapidement, mais, au dire du sujet il subsista à partir de ce moment, des boutons d'acné.

Ces éléments acnéiques ont subi des poussées suivies de remission; cette folliculite apparaissait périodiquement sans jamais entrer en régression complète.

En 1903, l'affection semble avoir subi un coup de fouet; la nuque devint le siège de poussées acnéiques et furonculeuses beaucoup plus violentes que précédemment.

Elles durèrent très longtemps et ne disparurent jamais complètement. Au bout d'un certain temps, les folliculites eurent tendance à former des placards, elles devinrent plus confluentes et le malade constata des nodosités dures, qui augmentèrent progressivement.

En juillet 1909, nous avons examiné le malade.

L'affection remonte donc à sept ans et présente les caractères suivants.

La nuque a un aspect spécial : elle est tout entière envahie par une tumeur transversale; qui la recouvre en passant par dessus le sillon qui n'existe plus. Ce bourrelet est situé en dessous de la limite naturelle des cheveux.

La nuque elle-même est énorme, saisie à pleine main, on ne peut plisser les téguments; on a l'impression de palper un bourrelet ligneux.

Un examen plus attentif nous montre des signes très importants.

La tumeur, ou mieux le bourrelet, est bombé, étroit en sa partie médiane. Les extrémités par contre sont renflées, le centre correspond à la dépression du sillon.

Le bourrelet affecte la forme d'un 8 couché horizontalement, long de 10 centimètres sur 2 à 4 centimètres de haut. Il est de coloration rouge, rosé, nacré par endroit.

La partie inférieure de ce bourrelet est lisse et se confond insensiblement avec les téguments.

Le dos du bourrelet est nettement surélevé. La partie supérieure se confond avec les cheveux. A ce niveau on trouve quelques éléments que nous décrirons.

Le toucher donne une sensation très spéciale. En effet on a l'impression de palper un morceau de bois ; une induration ligneuse est généralisée à tout le bourrelet, la peau sur laquelle il repose, est elle-même indurée, mais l'induration est moins nette. A la surface de la tumeur on ne peut faire de plis, ni enfoncer le doigt.

Les cheveux limitent la partie supérieure de la tumeur et l'encerclent par place existent de rares éléments papuleux très peu pustuleux, centrés par plusieurs poils et recouverts d'une croûte jaunâtre.

Les poils sont en forme de bouquets, de pinceaux implantés perpendiculairement, ils sont gras, raides ; on les extirpe à la pince assez facilement et sans trop de douleurs pour le malade. On constate qu'ils sont serrés, accolés les uns contre les autres et engainés dans une matière jaunâtre ; on se rend compte également de la grande profondeur d'implantation.

L'orifice, d'où émergeaient ces poils, laisse sourdre une petite quantité de pus, perlant à la surface.

Le nombre de ces éléments est relativement rare ; la plus grande partie se trouve sur le bord supérieur de l'extrémité gauche de la tumeur.

Symptômes subjectifs. — Le malade ne souffre pas ; il n'accuse pas de douleur ; il est seulement très gêné dans les mouvements de flexion et de latéralité de la nuque, quelquefois il ressent de très légers picotements.

Symptômes généraux. — C'est un adulte vigoureux, trapu, fortement musclé, âgé de 54 ans, travaillant la terre, il jouit d'une parfaite santé.

Antécédents personnels. — Nuls ; le passé morbide n'a rien de remarquable ; on ne trouve aucune maladie, aucune trace de tuberculose et de syphilis.

Antécédents héréditaires. — Nuls.

Le malade est soumis le 31 août 1909 à l'action des Rayons X, sans aucun autre traitement.

La description que nous venons de donner est celle d'un acné chéloïdienne de la nuque, dont le début remonte à sept ou huit ans. C'est un cas typique d'une belle chéloïde de la nuque.

Le 19 avril 1910, nous avons pratiqué avec M. Pautrier, une biopsie

profonde portant sur la partie latérale gauche de la tumeur. A ce moment, il n'existe plus de folliculites; la chéloïde a considérablement diminué, elle s'est aplatie, affaissée, il reste néanmoins une forte induration.

Nous faisons remarquer, que la biopsie a été faite sur la région qui a déjà subi dix séances de Rayons X, soit une dose de 36 unité H.

Le même jour, nous avons fait l'ensemencement des poils; la culture, sur milieux de Sabouraud, a donné au bout d'une huitaine, de très belles colonies de staphylocoques.

Au mois de juin 1910, nous avons conseillé au malade de prendre de la levure de bière fraîche.

Anatomie pathologique. — La biopsie a porté sur le bord supérieur du bourrelet chéloïdien (tumeur absolument dépourvue de suppuration); cette biopsie a été pratiquée le 12 mai 1910, alors que le malade avait déjà reçu une dose de 36 unités H en onze séances. Son traitement avait commencé en août 1909.

Les lésions présentent ici un aspect tout à fait différent de celui que nous avons observé chez les autres malades et sont caractérisées à peu près uniquement par une tendance à l'atrophie de l'épiderme et une sclérose du derme sans infiltration.

Epiderme. — L'épiderme est dans son ensemble aminci et sensiblement réduit d'épaisseur, en particulier son union avec le derme se fait sur de nombreux points, suivant une ligne presque droite, à peine ondulée, les papilles et les prolongements interpapillaires ayant presque complètement disparus.

Couche cornée — La couche cornée se retrouve sur la presque totalité des coupes légèrement hyperkératosiques et en voie d'exfoliation.

Granuleuse. — La granuleuse existe également partout à épaisseur normale.

Stratum filamentosum. — Sur de nombreux points, les cellules filamenteuses présentent des altérations d'ordre atro-

phique très intéressantes à étudier ; la plupart d'entre elles ne présentent plus traces de noyaux ; le protoplasma lui-même est très altéré, en état de tuméfaction trouble. Les limites cellulaires sont, soit tout à fait invisibles, soit à peine marquées par le petit liseré clair correspondant aux filaments d'union inter cellulaires.

Il y a là un aspect spécial de dégénérescence. Les quelques noyaux qu'on retrouve parsemés dans ces quelques nappes protoplasmiques, présentent pour la plupart l'aspect de l'altération cavaire de Leloir, c'est-à-dire qu'ils sont entourés par un espace clair, vasculaire !

Cependant, fait frappant, ces cellules ainsi dégénérées semblent susceptibles d'élaborer encore dans leur protoplasma de la kératohyaline ; la granuleuse apparaît normale au-dessus d'elles.

Basale. — La basale, nous l'avons dit, est à peine festonnée, souvent réduite à une ligne presque droite et ne présente des papilles que tout à fait avortées et ébauchées.

Au point de vue cellulaire, elle montre quelques altérations intéressantes à signaler, analogues à celles que nous avons trouvées dans l'observation III. Elle prend par place un aspect vasculaire, qui est dû tantôt à la formation d'espaces clairs, périnucléaires, tantôt à l'élargissement des fentes intercellulaires et l'on trouve alors des bandes protoplasmiques étirées, irrégulières, séparées par de larges espaces clairs ; la basale est ainsi tout à fait dissociée, et ses limites avec le derme deviennent de moins en moins nettes.

Derme. — Dans le derme on ne trouve aucune trace d'infiltration cellulaire analogue à celle que nous avons trouvée dans toutes les biopsies.

Dans l'étage supérieur correspondant à ce qui serait le corps papillaire, s'il existait des papilles, et à la portion la plus superficielle du derme, on retrouve un certain nombre de cellules conjonctives fixes et la coupe de quelques pa

pillaires, mais dans le derme moyen et le derme profond, on ne trouve plus qu'un tissu conjonctif sclérosé, formé de gros faisceaux de collagène ondulés, tassés et pauvres en noyaux.

Sur les coupes colorées à l'orcéine, le tissu élastique paraît détruit en grande partie.

La lésion est, en somme, essentiellement une atrophie de l'épiderme, avec lésion dégénératrice spéciale, due probablement à l'action des rayons X, et une sclérose du derme voisine de celles des chéloïdes pures.

Traitement par Rayon X.

DATES		H	T		F
31 août 1909	Toute la lésion.	5	15		4 10
19 septembre	On refait une séance d'ensemble.	5	15		4 10
13 octobre	Epilation complète.	4	12		4 10
9 novembre	Séance sur l'ensemble.	3	9		
30 novembre	Filtre en carton.	4	8		
22 décembre	En deux séances, filtre en carton.	4	8		
12 janvier 1910	La lésion diminue sensiblement. Deux séances. Filtres en carton.	4			6 10
9 février	L'ensemble en deux séances. On ouvre les foyers au galvano-cautère.	3			6 10
8 mars	Chloïde très améliorée. Lévure de bière à l'intérieur. Deux séances.	4	8		6 10
22 avril					
12 mai	On ouvre quelques petits abcès. On traite en deux séances.	4	8	6 10	

Le malade présente une guérison apparente.

Observation IX

Le nommé N. S..., âgé de 24 ans, se présente dans le service de M. Brocq, le 27 du mois de juillet.

Depuis près de deux ans, le malade a fait des poussées d'acné pustuleuse, sa première poussée remonte à l'année 1908. Il ne s'inquiéta pas de cette acné polymorphe, mais depuis un an, celle-ci a évolué dans un autre sens et le malade s'est aperçu que sa nuque devenait moins souple et qu'il se formait des noyaux d'induration. Il essaya alors des cataplasmes de fécule de pomme de terre qu'il appliquait le soir, il fit ce traitement sans aucun résultat. Le malade raconte que l'induration se formait de chaque côté de la nuque, induration qui se traduisait par des bosselures en tumeurs. Autour de ces élevures il y avait toujours des boutons d'acné en suppuration; ceux-ci disparaissaient et à leur place se formait des nodosités indurées qui lentement se joignaient à la tumeur et augmentaient ainsi son volume.

Il semble, au dire du malade, que des applications de nitrate d'argent faites par un pharmacien, ont donné un coup de fouet à l'évolution de cette lésion; nous ignorons le titre de la solution que le malade employa au mois de mars 1910.

Inquiet du progrès lent mais continu de ces tumeurs, le malade se décida à venir à Paris, où le hasard le conduisit dans le service de M. Brocq.

A cette époque, nous avons constaté les lésions suivantes : le malade est porteur de deux tumeurs latérales, séparées l'une de l'autre par le sillon de la nuque. Ces deux tumeurs sont situées dans le prolongement horizontal l'une de l'autre; elles occupent la partie de la nuque qui se trouve immédiatement au-dessous des cheveux, ces derniers, d'ailleurs, recouvrent leur partie supérieure. Elles forment deux grosses nodosités, nettement en relief, plus larges que hautes, leur grand axe est transversal, leur petit, vertical.

Elles ont sensiblement les mêmes dimensions; celle de droite est un peu plus longue que celle de gauche, elles ont la grosseur d'une noix et sont nettement surélevées au-dessus du plan sur laquelle elles reposent, elles sont de couleur rouge rosée. La partie inférieure, c'est-à-dire le versant inférieur, présente une coloration un peu plus pâle, d'aspect cicatriciel, mais à surface uniformément lisse. Le bord supérieur, c'est-à-dire le versant supérieur, est en contact avec les cheveux, qui le recouvrent en certains points.



FIG. 15

La photographie montre d'un côté l'ablation de la chéloïde, le côté droit n'a pas été touché. Les deux chéloïdes ont été irradiées.

Le côté gauche est considéré comme guéri après trois séances de rayons X.

Le côté droit est amélioré mais la tumeur persiste.

(*Observation 9*).

Dans cette zone, les tumeurs sont plus rouges, elles ont l'aspect d'un tissu enflammé et leur surface n'est pas régulièrement lisse ; ça et là à leur périphérie se rencontrent des éléments pustuleux, qui ont tous les caractères d'éléments acnéiques ou furonculoux. Au centre de ces éléments se trouvent un ou plusieurs poils serrés les uns contre les autres. Au niveau de leur implantation existent des croûtelles jaunâtres. Des éléments, semblables à ceux qui se trouvent sur le bord des tumeurs, se rencontrent en très petit nombre dans les cheveux à quelques millimètres des précédents.

Le palper nous donne des signes très nets d'induration, induration profonde, identique dans les deux tumeurs, et, qui existe d'une façon moins sensible à leur périphérie, c'est-à-dire sur la peau qui les soutient et qui les sépare l'une de l'autre. Le palper ne réveille pas de sensation très douloureuse.

Le malade est un peu gêné dans les mouvements de latéralité et surtout de flexion de la nuque, mais n'éprouve pas de douleurs ; tout au plus existe-t-il une petite cuisson non continue ?

La peau de la nuque dans les parties saines est épaissie, on dirait une infiltration graisseuse en nappe. Le cou du sujet est très court ; il est par contre très gros et très rouge, comme le reste de la figure de l'individu.

Le sujet est du type petit, trapu, fortement musclé, à chevelure très abondante, ses cheveux sont noirs, épais. Le malade ne présente pas de lésions acnéiques, mais sa peau est grasse surtout au visage où il y a de la séborrhée. Nous avons extirpé des cheveux sans réveiller de trop vives douleurs. Les poils s'arrachaient assez facilement et les mors de la pince en contenaient deux à trois, collés ensemble à leurs bases par une matière jaunâtre. Ensemencés sur milieu de Sabouraud de belles colonies de staphylocoques dorés se sont développées.

Les antécédents héréditaires ne sont pas intéressants.

Père et mère bien portants. Le malade a eu à l'âge de 13 ans vraisemblablement une pneumonie ; il a un frère qui est bien portant.

Le jour même, nous avons commencé à traiter le malade par la radiothérapie. Après plusieurs séances faites à 15 jours d'intervalle, nous n'avons pas constaté une amélioration bien considérable. Seuls les éléments acnéiques avaient disparu, et la suppuration était aussi presque totalement terminée.

Le 8 octobre 1910, nous avons modifié notre traitement, et, après quelques hésitations, nous avons pratiqué l'ablation chirurgicale de la

tumeur. Nous avons fait cette excision avec M. Pautrier, réservant le même sort à la tumeur droite, si les résultats étaient satisfaisants par la suite.

La tumeur a été enlevée, mais la surface découverte a saigné pendant un certain temps. Nous avons soumis le malade aux rayons X dès que l'hémorragie a été arrêtée, et, nous lui avons fait absorber d'emblée 5 H. Le malade avait été anesthésié à la cocaïne au 1/10.

La pièce excisée a été répartie en deux morceaux ; l'un a été fixé au Dominici inclus à la paraffine, l'autre, après trituration dans un mortier et dilacération au bistouri, a été inoculée dans la gaine du grand droit d'un cobaye.

La seconde tumeur n'a pas été soumise ce jour-là à la radiothérapie.

Le malade qui habite une campagne éloignée de Paris, revient 8 jours après; nous lui enlevons les fils. La cicatrice est belle et ne suppure que très peu. Le 22 octobre nous faisons revenir le malade. La suppuration a presque disparu, nous continuons les pansements humides pour faire tomber les quelques croûtes (1).

Anatomie pathologique. — La lésion se trouve constituée essentiellement à un faible grossissement, d'une part par des lésions épidermiques caractérisées par de l'acanthose, par quelques altérations de la couche cornée, par la présence rare, il est vrai, de cocons séborrhéiques, à l'embouchure du follicule pilo sébacé; d'autre part dans le derme par deux aspects différents, sur la plus grande partie de l'étendue des coupes, le derme manifestement très sclérosé et chéloïdien est parcouru par des trainées d'infiltration constituées à peu près uniquement par des plasmazellen et contenant même par place quelques « cellules géantes », d'autre part, sur des points limités au voisinage des cocons séborrhéiques dans la région superficielle du derme, on trouve des foyers d'infiltration en nappe très dense et à type cellulaire complexe.

Au plus fort grossissement et en étudiant étages par étages.

On trouve : 1° Coloration (Hématéine éosine).

(1) Le 24 décembre 1910, la tumeur droite a été excisée. Nous avons fait immédiatement une irradiation de 6 unité H_x. — Les résultats ont été très heureux et cette séance a suffi pour améliorer la chéloïde.

Épiderme. a) Couche cornée : Absente sur certains points elle se retrouve sur d'autres sous forme de très minces lamelles exfoliantes siégeant au-dessus d'une couche granuleuse ; en d'autres points elle s'épaissit en particulier au voisinage de l'orifice pilo-sébacé à cocons séborréïques, elle s'épaissit très sensiblement, présente de nombreux noyaux en bâtonnets, qui siègent directement au dessus de stratum filamentosum sans intermédiaire de granuleuse, présente des altérations de coloration, tendant vers une basophilie légère, indice d'une altération dans sa structure chimique ; en un mot il y a d'une façon parcellaire par places des lésions de parakératose des plus marquées.

Granuleuse : La granuleuse est irrégulièrement distribuée, complètement absente dans les zones de parakératose que nous venons de décrire, elle est normale sur d'autres points et en d'autres points encore très sensiblement épaissie pouvant atteindre presque huit strates de cellules.

Le stratum filamentosum manifestement aconthosique ne présente en dehors de cette épaississement aucune lésion appréciable, si ce n'est dans la région correspondante au point de parakératose ou dans les zones les plus superficielles, qui sont presque complètement en contact avec la couche cornée, on trouve en de nombreux points la lésion décrite sous le nom d'altération cavitaire de Leloir, et que l'on retrouve, du reste, toujours dans toutes les lésions de parakératose.

Sur les autres points, les cellules épineuses sont normales, on ne trouve que très rarement dans leur intervalle que quelques rares leucocytes en exocytose.

Basale. — La basale qui dessine des papilles tout à fait irrégulières, tantôt hautes et étroites, tantôt larges et trapues et à peine festonnées ne présente au point de vue cellulaire aucune altération décelable.

Ajoutons enfin que tout cet épiderme présente quelques noyaux de globules blancs en exocytose peu abondants.

Derme. — Les lésions du derme présentent nous l'avons dit, deux aspects différents, l'un que l'on retrouve dans la presque totalité des coupes, l'autre que l'on observe au voisinage des cocons séborrhéiques; les lésions générales que l'on retrouve dans le derme profond, le derme moyen et le derme superficiel (sauf au voisinage des cocons séborrhéiques), sont constituées de la façon suivante : la substance collagène est disposée en trousseaux longs, ondulés, larges, épais, ne présentant que rarement traces de noyaux conjonctifs; il y a là une sclérose manifeste, le tissu élastique est presque totalement absent au niveau de ces zones et on ne le retrouve que dans les parties tout à fait profondes des coupes, encore dans cette région, semble-t-il raréfié ! Ce stroma conjonctif dense et sclérosé est parcouru par des foyers d'infiltration, qui, la plupart du temps, sont disposés en bandes allongées, disposition qui se comprend si l'on songe que ce tissu conjonctif est peu extensible et que l'infiltration a dû se couler en quelque sorte dans l'intervalle laissé libre entre deux faisceaux de collagène. Cependant, sur certains points, ces foyers d'infiltration peuvent s'élargir et surtout au niveau des parties profondes arriver à former des nodules volumineux irrégulièrement arrondis. Quelques fois ces foyers d'infiltrats sont juxtaposés à un vaisseau, mais ils peuvent en être aussi complètement indépendants; il ne semble donc nullement que l'infiltration soit systématiquement péri-vasculaire, et lorsque cette disposition est réalisée, c'est vraisemblablement toujours pour la même raison mécanique. L'infiltrat qui se loge difficilement dans le tissu sclérosé, s'est groupé plus facilement dans l'espace laissé libre autour des vaisseaux.

Si l'on examine maintenant la nature des éléments cellulaires des foyers qui composent l'infiltration, on trouve

qu'ils sont composés à peu près exclusivement par des plasmazellen; celles-ci forment environ les neuf-dixième de l'infiltrat qui représente donc un plasmome à peu près pur, par places cependant, on trouve disséminé parmi les plasmazellen quelques noyaux de cellules conjonctives fixes, quelques éosinophiles bilobés.

Enfin quelques nodules présentent un aspect tout à fait particulier, ils sont beaucoup moins purs comme plasmomes, contiennent quelques éosinophiles mono ou bilobés, quelques lymphocytes, des noyaux de cellules conjonctives hypertrophiés, et enfin une ou deux ou même trois cellules géantes dont quelques-unes peuvent présenter les caractères typiques d'une vraie cellule géante, avec large protoplasma acidophile d'aspect nécrosé et une couronne régulière de noyaux à la périphérie. Ce qui est remarquable, c'est la rareté des cellules épithéliales autour de ces cellules géantes. C'est à peine, en effet, si l'on observe quelques-uns de ces éléments cellulaires avec leur protoplasma étalé un peu flou légèrement acidophile.

On retrouve sur les coupes, en d'assez nombreux points, des follicules pileux situés assez profondément qui les traversent; un certain nombre d'entre eux paraissent absolument sains, et ne sont entourés que par un très léger manchon d'infiltration; d'autres sont entourés par une infiltration cellulaire beaucoup plus importante, dans laquelle on trouve, non plus un plasmome pur, mais des éléments cellulaires complexes, cellules conjonctives fixes plasmazellen, de nombreux polynucléaires, quelques cellules épithéliales, et, enfin même, des cellules géantes, quelques-unes ébauchées, d'autres franchement constituées.

Le follicule pileux qui présente cette structure ne présente pas de glandes sébacées qui lui soient annexées. Par contre, sur d'autres coupes on trouve au voisinage d'un follicule

pileux coupé obliquement des formations cellulaires tout à fait spéciales, paraissant correspondre de la façon la plus évidente à une volumineuse glande sébacée, profondément altérée et modifiée dans sa structure; ce qui permet de penser à la glande sébacée, c'est que l'on retrouve encore son architecture, sa disposition, mais, là où l'on devrait retrouver les cellules sébacées claires et transparentes, on trouve des amas protoplasmiques, d'aspect nécrosé, et, tantôt parsemés d'une façon uniforme par une multitude de noyaux, tantôt entourés seulement à leur périphérie d'une couronne de noyaux, en un mot presque chaque cellule de la glande sébacée est remplacée par une formation giganto-cellulaire, ce processus rappelle jusqu'à un certain point celui de la Wucher-atrophie.

D'autre part, dans la région superficielle des coupes, on trouve, nous l'avons dit, à l'orifice de certains follicules pileux, des cocons séborréiques formés par des lamelles cornées imbriquées contenant quelques débris de noyaux et des cocci.

Dans la région du derme qui entoure ces orifices pilosébacées on trouve une infiltration non plus répartie en nodules ou en traînées, mais étalée en nappe, très dense, très compacte, parsemée de vaisseaux, de capillaires très dilatés, gorgés de sang; les éléments cellulaires de cette infiltration sont toujours des plasmazellen, des cellules conjonctives fixes, auxquelles viennent se surajouter en très grande abondance des polynucléaires. Il y a donc ici un processus inflammatoire beaucoup plus actif et beaucoup plus aigu tendant presque sur certains points à de la suppuration. Sur les coupes colorées à l'« orcéine », on trouve que le tissu élastique a presque totalement disparu dans le derme superficiel et le derme moyen, partout où il existe de la sclérose, il paraît avoir disparu totalement.

Aussi au sein des foyers d'infiltration, on n'en retrouve trace que de traces en traces dans le derme profond, par contre sur les parties tout à fait latérales des coupes, là où l'on marche vers la peau saine, le tissu élastique reparait dans le derme moyen et dans le corps papillaire.

Traitement Radiothérapique

DATES		II	T	F	Ma
27 juillet 1910	La lésion est traitée (app. n° 1). En deux séances.	5	10	c	0.7
8 octobre	Ablation.	5			0.7
22 octobre	On traite toute la lésion (en deux séances). La plaie se cicatrise.	5	10	c	0.7
5 novembre	Séance sur l'ensemble. La plaie est cicatrisée. Pas de tumeurs.	5	10	c	0.7
22 novembre	Le point chéloïdien excisé est guéri après ces quatre séances. Plus d'induration, sur la tumeur non excisée on fait	6	15	3 10	0.8
	sur la tumeur excisée.	3		3 10	
23 décembre	Le malade présente la guérison complète de la tumeur excisée. On procède à l'excision de la tumeur droite, comme pour la première et l'on fait aussitôt.	6	12	c	0.8

La peau a repris son état normal, elle est souple et légèrement blanchâtre.

II. — Acné chéloïdienne dont le siège est autre que la nuque.

Observations X

PAUTRIER et LEREDDE, *Revue pratique des maladies cutanées, syphilitiques et vénériennes* (Mars 1904)

Il s'agit d'une jeune fille âgée de 22 ans, l'affection remontait à l'âge de quinze ans et s'était développée, disaient les parents, à la suite d'une revaccination.

Sur un des points vaccinés, d'abord sur le bras gauche, puis sur le bras droit, apparurent de la rougeur, de l'inflammation, puis une légère grosseur. On cautérisa à la teinture d'iode pendant trois à quatre mois; pendant ce temps, la grosseur augmentait sans cesse, mais lentement. On cautérisa ensuite au thermo-cautère, tous les jours pendant un mois (1), jusqu'à formation d'une large ulcération; les tumeurs paraissaient complètement détruites. Au cours de ces cautérisations, un faux mouvement fit porter la pointe du thermo-cautère sur un point du bras situé à 2 centimètres en dessous de la tumeur. Un mois après, au niveau de ce point, se développait une petite tumeur, en même temps que l'ancienne tumeur détruite repoussait sur chaque bras.

Pendant ce laps de temps se développaient, dans le dos, des tumeurs semblables. On les cautérisait également au thermo-cautère; elles disparaissaient sous les cautérisations, mais se reformaient dès que celles-ci étaient interrompues, et s'agrandissaient légèrement.

On commença alors à faire des cautérisations, deux fois par semaine, pendant deux mois.

Pendant ce laps de temps, apparaissaient de nouvelles tumeurs dans le dos; il y en avait en tout 18 à la fin de 1896. Toutes furent successivement traitées par les pointes de feu et les scarifications.

Malgré ces traitements variés, toutes les tumeurs ayant reparu, et ayant même légèrement augmenté de volume, on resta quatre ans sans rien faire.

Pendant les deux dernières années, on reprit les différents traitements déjà essayés: teinture d'iode, galoano-cautérisations, scarifications, sans plus de résultats.

Récemment apparurent deux nouvelles petites tumeurs situées sur le sternum. Une d'elles n'ayant jamais été touchée est restée toute petite, minuscule; l'autre ayant été incisée au bistouri, pour voir ce qu'elle contenait, a considérablement augmenté de volume.

Etat actuel. — Juin 1903. On note actuellement 18 tumeurs, dont 8 sur chaque épaule et 2 sur le sternum.

Les tumeurs situées sur les épaules occupent la partie supérieure du bras (au niveau des cicatrices vaccinales), la région de l'omoplate et la partie latérale du dos sous-jacente à celle-ci. Toute la partie centrale du dos est absolument respectée.

(1) Il est possible que les traitements auxquels avaient été soumises les tumeurs aient déterminé la forme spéciale qu'elles prirent par la suite.

Ces tumeurs ont un volume variable; les plus petites sont grosses comme une olive ou une noisette; les plus grosses atteignent jusqu'à 6 centimètres de longueur et jusqu'à 4 centimètres de large, elles font au-dessus de la peau une saillie qui varie de un demi-centimètre à un centimètre. Leur forme est arrondie ou ovalaire; une seule d'entre elles présente des bords légèrement irréguliers, déchiquetés. Leur pourtour s'unit tantôt à la peau saine par une pente insensible; tantôt au contraire, il semble découpé à l'emporte-pièce et les tumeurs semblent posées artificiellement sur la peau. Leur couleur varie, elle est tantôt celle de la peau environnante, tantôt légèrement rosée, tantôt rouge violacé.

Leur surface est régulière, bombée, lisse, pour celles d'entre elles qui ont un volume moyen. Mais les plus étendues affectent la disposition suivante: leur pourtour seul est lisse, bombé, la partie centrale est légèrement déprimée; l'épiderme y est légèrement plissé; la partie périphérique dessine ainsi un anneau lisse, bombé, dur, tandis que le centre est au toucher plus mou, déprimé et plissé; de ce centre partent quelques plis qui s'irradient et s'étendent jusqu'au bourrelet dur périphérique. Ce bourrelet est également de couleur plus foncée, rouge violacé, ou parsemé de quelques fines arborisations vasculaires, tandis que le centre est sensiblement plus blanc et a la couleur de la peau ordinaire. La consistance des tumeurs, moyennes ou petites, est uniforme; elle est partout demi-dure, résistante.

L'épiderme n'est pas absolument tendu à la surface des tumeurs, même de celles dont la surface paraît le plus lisse; en promenant le doigt sur cette surface, on peut plisser l'épiderme.

Sur les deux tumeurs les plus étendues, qui siègent sur l'épaule droite, le centre est non déprimé et légèrement plissé, mais encore franchement irrégulier, présentant quelques petites cavités minuscules comme celles qu'auraient faites des grains de poudre, et séparées par des brides irrégulières. L'anneau périphérique qui les limite est également plus irrégulier, plissé, et présente quelques saillies et quelques sillons. A noter que pour une des tumeurs siégeant au-dessous de l'omoplate droite, le pourtour de la zone d'implantation est légèrement plus petit que la saillie de la tumeur elle-même, qui affecte ainsi une disposition de champignons; entre le pourtour de la tumeur et la peau existe ainsi un très léger sillon recouvert par le bord libre de la tumeur.

Toutes ces tumeurs ne s'enfoncent pas profondément; elles n'occupent que le derme, elles sont absolument mobiles avec la peau; sur

leur pourtour on peut plisser la peau et la soulever, en soulevant en même temps toute la tumeur.

A la limite immédiate de chaque tumeur, la peau a sa coloration absolument normale; aucune zone d'inflammation, ni rougeur.

A noter sur tout le dos, sur les épaules et sur le devant de la poitrine, de l'acné à petits éléments : pustulettes minuscules et tout petits comédons.

Sur le devant de la poitrine, à côté des deux tumeurs déjà formées, on trouve un tout petit élément qui semble représenter un stade intermédiaire, entre les lésions d'acné et les plus petites tumeurs; il s'agit d'une petite saillie minuscule en forme de barre, ayant un demi centimètre de long sur deux à trois millimètres de large, formant une légère saillie indurée, de coloration rougeâtre, et qui paraît résulter de la confluence de lésions acnéiques; elle est du reste située au milieu de lésions d'acné franche.

Toutes ces lésions sont absolument indolores : le frottement du corsage, du corset n'est jamais douloureux.

Deux mois après cette première intervention, et, après quatre séances de rayons X, nous avons constaté les excellents résultats. La peau est de couleur normale, et surtout très souple. La chéloïde voisine, située du côté droit, était à ce moment améliorée, mais non guérie.

A la demande du malade, nous faisons sur cette chéloïde, la même opération, nous avons excisé la tumeur profondément, le 23 décembre 1910; les mêmes précautions ont été prises comme pour la première excision; de même une séance de radiothérapie à la dose de 6 unités H, a suivi immédiatement l'ablation.

La tumeur étant très longue, nous avons pratiqué l'excision, non pas dans le sens de la peau mais perpendiculairement à ce sens, disons, que les points de suture ont lâché dès le quatrième jour, la technique opératoire, que nous venons de décrire, a facilité la rupture des crins de florence; mais nous avons été conduit à suivre cette technique, à cause de la longueur de la tumeur elle-même.

Observation XI

Acné chéloïdienne siégeant dans la région sous-maxillaire droite.

Recueillie dans le service de M. Brocq, par MM. PAUTRIER et GOUIN.

Le nommé L.M., âgé de 40 ans, est venu consulter dans le service de M. Brocq le 9 février.



FIG. 16

La photographie représente une acné chéloïdienne de la région sous maxillaire droite — avec bouquets de poils à la périphérie — et placard chéloïdiens au centre.

La biopsie a été faite le même jour. Le malade a reçu une dose de 5 unité H, sans filtre.

(*Observation 10*)

La date de la maladie remonte à l'année 1901.

Le siège de la lésion est la région de l'angle du maxillaire inférieur ; le début, dit le malade, s'est fait par un petit bouton, ressemblant à des pustules d'acné ; il toucha ce point à la teinture d'iode, la lésion a évolué sans que le sujet intervienne par aucun traitement. Le point est devenu un petit noyau et progressivement un placard ; à l'heure actuelle la lésion présente l'aspect suivant :

Elle a la grandeur d'une pièce de 5 francs, à bords presque réguliers ; mais ce qui frappe au premier examen, c'est la couronne de poils qui limite la périphérie de la lésion.

En effet, le centre est glabre, de couleur rouge, rosée, blanchâtre, cicatricielle en certains endroits, par contre, le pourtour est couvert de petits poils réunis en bouquets, en faisceaux, deux ou trois semblent implantés dans le même orifice.

À l'heure actuelle, il n'y a pas de suppuration ; sauf une petite pustule sur les bords.

Au toucher : dureté, noyaux indurés dans la profondeur, mais induration totale et généralisée à tout le placard.

La marche de la tumeur est excentrique, elle est lente, mais constante.

Antécédents héréditaires. — Père mort il y a 5 ans.

Mère bien portante.

Six frères et six sœurs bien portantes.

Le malade est marié et a quatre enfants tous bien portants.

Pas de passé morbide intéressant. La biopsie et la photographie ont été faites le même jour.

Dans ce cas particulièrement rare, il semble que nous avons à faire à une chéloïde sur acné, nous l'avons montré à M. Brocq, qui a confirmé notre diagnostic clinique. L'histologie montre une structure analogue à celle de l'acné chéloïdienne de la nuque : cellules rondes entourées de tissu conjonctif, disparition du tissu élastique.

Le malade est mis au traitement radiothérapique et reçoit le 15 février 5 unités H.

CONCLUSIONS

Les conclusions que nous apporterons ici seront de deux ordres : les unes sont l'expression de faits réels, les autres ne s'appuient que sur des théories et constituent de simples hypothèses.

1° Nous croyons avoir montré dans l'historique, que la Dermatite papillaire du cuir chevelu des Viennois et des Américains, est identique à notre acné chéloïdienne de la nuque, et qu'il ne doit persister aucun doute sur l'identité de ces deux affections.

2° Néanmoins nous croyons personnellement que le terme « acné chéloïdienne de la nuque » ne convient pas parfaitement à la dermatose que nous avons étudiée. La lésion succède très souvent à l'acné, mais peut aussi être consécutive à une folliculite, parfois même à la furonculose ; le terme d'acné est donc trop « exclusif ». Cependant il répond à la majorité des cas.

3° Nous ne croyons pas non plus devoir regarder le mot *chéloïdien* comme très juste et définissant exactement l'affection.

L'évolution et surtout l'anatomie pathologique de la lésion, nous obligent à rejeter cette épithète.

L'affection n'est pas « chéloïdienne », ce n'est pas une « chéloïde », au sens vrai du mot elle en a seulement l'apparence, elle est tout au plus *chéloïdoïde*. On ne retrouve pas en effet l'histologie particulière de la chéloïde.

Néanmoins le terme d'acné chéloïdienne est devenu tellement classique, il représente si nettement à l'esprit de la plupart des auteurs l'aspect particulier de ces lésions de la nuque, que nous ne pensons pas qu'il y ait intérêt à le changer, tout en faisant les réserves que nous venons d'indiquer pour chacun de ces termes.

4° La symptomatologie est très nette, et définit cette dermatose d'une façon très claire. Elle évolue en trois stades, qu'on peut schématiser de la façon suivante :

A. — Stade acnéique pur ou pré-chéloïdien qui peut, dans quelques cas exceptionnels, être remplacé par un stade de folliculite ou de furunculose.

B. — Stade de formation chéloïdienne, au cours duquel les pustules acnéiques s'agglomèrent et forment des placards indurés. C'est la phase des *chéloïdes habitées*, c'est-à-dire des formations chéloïdiennes contenant encore à leur périphérie des pustules en activité. Au cours de ce stade l'affection progresse peu à peu et a tendance à gagner le cuir chevelu.

C. — Stade des chéloïdes adultes. La plupart sont alors *inhabitées*, n'offrent plus de pustules et présentent à peu près l'aspect de la chéloïde ordinaire. Quelques-unes seulement offrent encore quelques rares éléments infectés ou sont bordées par des bouquets de poils en pinceaux. La dermatose paraît alors avoir atteint son apogée et ne progresse pour ainsi dire plus.

5° L'anatomie pathologique montre des lésions de nature particulière. Abstraction faite des pustules et des comédons acnéiques des chéloïdes habitées, on trouve dans un tissu conjonctif hypertrophié et sclérosé de vrais plasmomes, absolument purs ; par places, au sein de ces amas de plasmazellen, se rencontrent une ou plusieurs cellules géantes, très rarement entourées de cellules épithélioïdes. C'est en

particulier au niveau des follicules pileux et des glandes sébacées que ces formations giganto-cellulaires sont les plus abondantes.

On peut trouver une glande sébacée presque complètement remplacée par un peloton de cellules géantes qui reproduisent l'architecture de la glande; de même un poil, peut, sur certains points, être entouré par une véritable gaine de cellules géantes. Il y a là un aspect tout particulier dont nous ne connaissons l'équivalent dans aucune autre dermatose et qui paraît produire que secondairement aux lésions de folliculites et de péri-folliculites chroniques.

Le tissu élastique n'est que partiellement détruit; il n'a pas disparu complètement comme dans la chéloïde vraie. L'anatomie pathologique crée donc, entre ces deux affections presque semblables cliniquement, des différences essentielles.

6° Les cultures que nous avons pratiquées sur différents milieux, ne nous ont jamais donné que du staphylocoque blanc ou doré ou à cultures grises.

Les poils, dont la gaine paraît boudinée, dans la portion qui est englobée dans la tumeur, ne nous ont jamais montré aucun parasite à l'examen direct. Les ensemencements, ne nous ont jamais donné que du staphylocoque.

La recherche des microbes, faite sur les coupes, a toujours été infructueuse; les colorations à froid ne nous ont montré aucun parasite acido résistant. Les colorations au bleu ne nous ont permis de voir que des cocci, de nature banale, dans les foyers acnéiques infectés.

L'inoculation au cobaye, que nous n'avons pu pratiquer que dans un cas, a été négative.

7° La pathogénie de l'acné chéloïdienne est donc encore obscure.

Les agents extérieurs, les traumatismes répétés, jouent dans sa localisation un rôle indéniable, mais qui n'est

certainement pas suffisant, pour créer la dermatose: Il reste donc à invoquer, soit une question de terrain, d'idiosyncrasie, soit plutôt l'hypothèse d'une infection.

L'aspect si particulier des lésions histologiques, la présence de ces plasmomes que, exception faite pour le stroma de certains épithéliomas, de la langue on ne rencontre que dans la syphilis ou dans des affections parasitaires, les formations de cellules géantes, tout fait invinciblement penser à l'existence probable d'un parasite très différencié. Comme tous les auteurs qui nous ont précédé, nous avons échoué dans toutes les recherches que nous avons faites pour le déceler, et cependant, nous restons convaincu qu'un observateur ultérieur sera peut-être plus heureux que nous et pourra démontrer la nature parasitaire certaine de l'acné chéloïdienne.

8° Le traitement de la période pré-chéloïdienne sera celui de l'acné, on fera la médication locale, par des pommades ou des emplâtres (mercure, soufre, résorcine, etc.). On ne manquera jamais d'y joindre un traitement général, des prescriptions d'hygiène et de régime; on supprimera le faux-col haut et dur.

Contre le stade chéloïdien vrai, l'expérience de nos maîtres et celle que nous avons personnellement de la thérapeutique de cette dermatose, nous font regarder la radiothérapie comme le traitement de choix.

Nous le plaçons même avant la radiumthérapie qui ne sera employée qu'exceptionnellement à la fin de la thérapeutique, et, en cas d'échec peu probable des rayons X.

9° Dans certains cas assez rares, c'est-à-dire, quand les masses d'apparence chéloïdienne seront susceptibles d'être excisées, nous croyons que l'on peut tenter l'ablation chirurgicale de ces tumeurs, *ablation qui devra être suivie immédiatement de radiothérapie.*

Nous nous opposons complètement par contre, à l'excision pure et simple des masses chéloïdiennes, si les rayons X ne sont pas immédiatement appliqués, celle-ci pouvant être suivie d'une récurrence plus importante que la lésion.

BIBLIOGRAPHIE

- Alibert.** — *Description des maladies de la peau.* Paris, 1814.
- Alibert.** — Quelques recherches sur la chéloïde. *Mémoire de la Société médicale d'émulation*, Paris, 1817, p. 744.
- Allen.** — Acné et pseudo keloïd cured by the X Rayons, *N. y. D.*; 23 février 1904. *J. of. C. D.*, mai 1904, p. 325.
- Allen.** — Case acne indurata to schow results of X Rays. *J. of C.D.*, juillet 1905, p. 315.
- Arning.** — Fall von Dermatitis papillaris Capillitii Kaposi. *N. F. D.*, Novembre 1908, p. 231.
- Backer.** — Acné Keloïd. *British Med Journ.* 1882, I, 579.
- Backer.** — Acné Keloïd Dermatitis papill. Kaposi. *Lancet*, 22 April, 1882.
- Baggs.** — *New York. Med Journal*, 27 April 1904.
- Baillon.** — *Contribution d l'étude des chéloïdes.* Thèse de Paris, 1903, p. 39.
- Bazin.** — *Dictionnaire des Sc. médicales*, par DECHAMBRE, art. Chéloïde, p. 662, Paris, 1872.
- Bazin.** — *Maladies de la peau.* 2^e édition, p. 10.
- Becue.** — *Contribution à l'étude des chéloïdes.* Thèse de Paris, 1899.
- Belot et Haret.** — Deux cas d'acné chéloïdienne de la nuque, guéris par la Radiothérapie. [*A. de D.*, juin 1906, p. 595.].
- Belot.** — *Archives d'électricité médicale*, n° 291, 10 août 1909.
- Belot.** — *Société de Radiologie médicale de Paris*, février 1910.
- Belot.** — *Traité de Radiothérapie.* Paris, G. Steinheil, 1909.
- Belot et Gouin.** — Traitements physiques de l'acné chéloïdienne de la nuque. *Archives d'électricité médicale*, 25 janvier 1911.
- Benard.** — *Annales d'hydrologie*, n° de mai 1902.
- Benier.** — Traduction française de KAPOSI. *Leçons sur les maladies de la peau*, 1^{re} et 2^e édition, 1882-1891.
- Besnier.** — *Réunions cliniques de l'Hôpital Saint-Louis*, 1888.
- Bordier.** — Radiothérapie de l'acné. *Compte rendu du Congrès de Reims*, 1907, p. 386.

- Brocq.** — *Annales d'Electrobiologie, d'électrothérapie et d'électro-diagnostic*, 13 janvier 1899.
- Brocq.** — *Traité de Dermatologie*, t. I^{er}, p. 845, 1909.
- Brocq.** — *Annales de Dermatologie et Syph.*, p. 25, 97, 1890.
- Buschke.** — *Ibid.*, octobre 1905, p. 704.
- Davis.** — Un cas d'acné chéloïdienne, *Philadelphia Dermatological Society*, 15 janvier 1907. *J. of C. D.*, mars 1907, p. 127.
- Dahi.** — Dermatitis papillaris Capillitii. *Dermato urologische Gesellschaft in Tokio*, 1^{er} octobre 1904.
- Douglas-Heath.** — Acne Keloid. 72^e Meeting of the British medical association in Oxford, 27 juillet 1904: in *B. J. D.*, octobre 1904, p. 337.
- Darier.** — *Précis de Dermatologie*, 1909.
- Deneriaz.** — *Chéloïde*. Thèse de Berne, Genève, 1887.
- De Amicis.** — Sur un cas très rare de chéloïdes, spontanées multiples observées chez une femme névropathique. *Congrès international de Dermatologie et Syphiligraphie*, Paris, 1889, p. 93, 3 planches.
- De Beurmann et Gougerot.** — *Annales Dermat. et Syphil.*, p. 967-1905.
- Doyon.** — Traduction de Kaposi (voir BESNIER).
- Dubreuilh.** — Anatomie de l'acné chéloïdienne. *Annales de la Poly-clinique de Bordeaux*, 1889, I, 107-192.
- Dubreuilh.** — *Précis de Dermatologie*. Art. chéloïde, p. 449; art. acné chéloïdienne, p. 503, 1909.
- Duffin.** — Keloid after acne. *D. S. of London*, 11 mars 1885. *B. J. D.*, juin 1907, p. 206.
- Dyer.** — Acne of Dermatitis, papill. capill. de Kaposi. *B. J. of D.*, juillet 1899, p. 140.
- Ehrman.** — *Annales de Dermatologie et Syphiligraphie*, 1895. Analyse.
- Ehrmann et Fick.** — *Kompendium speziellen des Histopathologie der Haut.*, 1906, p. 43 et 47.
- Ehlers.** — Acne cheloid. *Société danoise dermatologique*, 6 nov. 1902.
- Elhers.** — *Société danoise de Dermatologie*, 5^e décembre 1906.
- Ehlers.** — *Ibid.* avril 1909, p. 249.
- Eve.** — Acne Keloid. *Med. News*, London, 1889.
- Fleig.** — *La Radiothérapie en Dermatologie*. Paris, Thèse, 1906, p. 92.
- Fordyce.** — Dermatitis papillaris capillitii. *N. Y. D. S.*, 28 mars 1905. *J. of C. D.*, juin 1905, p. 265.
- Fox.** — A case of Dermatitis papill (Kaposi). *J. of C. D.*, octobre 1900 p. 466.
- Freund.** — *Traité de Radiothérapie*, 1903.

- Gastou.** — *Congrès de Physiothérapie*, avril 1909 (Paris), p. 79, 82, 84.
- Gaucher et Milian.** — Chéloïdes multiples, mauvais effets de l'extirpation. *Soc. fran. Dermat.* 3 décembre 1903.
- Gaucher.** — *Traité des maladies de la peau*, 1909, p. 189.
- Gougerat, De Beurmann et Noiré.** — *Annales de Dermatologie et de Syphil.*, 1906, p. 936.
- Guilleminot.** — Choix des Filtres en Radiothérapie. *Société de Radiologie de Paris*. 11 mai 1909, 8 juin 1909.
- Guilleminot.** — *Traité d'Electricité médicale*, Paris, G. Steinheil, 1909.
- Guilleminot.** — *Radiométrie fluoroscopique*. Paris, G. Steinheil, 1909.
- Guzmann.** — Dermatitis papillaris Capillitii (Kaposi), *D. Z. Mars* 1905, p. 139.
- Hansen.** — Acné keloïd de la nuque. *Société Danoise de Dermatologie*. 6 décembre 1898.
- Hardaway.** — *Philadelphia medical Journ.* 29 mai 1886.
- Hebra.** — *Traité des maladies de la peau*. Article chéloïde, par Kaposi, 1878.
- Hebra.** — Acné framboesiforme, analysé in : *Annales de Dermat.* Juin 1893, p. 217.
- Hens.** — Dermat. pap. capill. (Kaposi). *B. D. J.*, 15 mars 1899.
- Hutchinsson.** — On sycosis Keloid. *Arch. of Surgery*. London 1899, vol. 10.
- Jammieson.** — Dermat. papill. ou Acné keloïd. Traitement médico-chirurgical. *Société d'Edimbourg*. 1891-1892, p. 144-146.
- Jarish.** — Leipzig. 1908. Alfred-Holder.
- Justus Andker.** — Resorcine bei Keloïden. *Centrabl. f. d. med. Wis-sench.* No 42, 1888.
- Kaposi.** — *Arch. fur Dermatology-Syphiligraphy*, 1869.
- Kaposi.** — Traduction française (Besnier et Doyon). 1^{re} édition. Tome II, p. 36, 1881.
- Kienböck.** — Ueber radiotherapeutish Behandlung des akne keloïds. *A. f. D.* mai 1908, p. 333.
- Kienbock.** — Acné keloïd. *Traité de Radiothérapie*, p. 125 1907.
- Krzyształowicz.** — Ein Beitrag Kenntnis der Pathogenese der Keloide. *Monatshefte für praktische Dermatologie*. Tome 49. 1^{er} novembre 1909, p. 381.
- Laffitte.** — *Pratique Dermatologique*. Article chéloïde, 1900. Tome I, p. 572.
- Laquerrière.** — *Bulletin officiel d'Electrothérapie et de Radiologie*. Juin 1910. No 16.
- Laquerrière.** — *Bulletin officiel d'Electrothérapie et de Radiologie*. Mars 1907, p. 59 et 62.

- Laurence.** — Chéloïdes traitées par la scarification. *British Med. Journal*. 16 juillet 1898, p. 151.
- Ledermann.** — Histologie der Dermatitis papill. capill. *Verhandlung der deutschen Dermatologie Gesellschaft Congress 1896*, p. 443.
- Leduc** (de Nantes). — *Gazette médicale de Paris*. 1902.
- Leduc.** — *Archives d'Electricité médicale*. Ionisation, Février 1910.
- Le Franc.** — Thèse de Paris 1894. *Anatomie pathologique de la chéloïde faite par Darier*.
- Leloir et Vidal.** — De la chéloïde. *Annales de Dermatologie* T. I. 1890.
- Leloir et Vidal.** — *Maladies de la Peau*, Paris, 1889.
- Leredde et Pautrier.** — *Photothérapie et Photobiologie*, Paris, Naud. 1903.
- Leredde et Pautrier.** — Chéloïdes multiples. *Revue pratique des maladies cutanées syphilitiques et vénériennes* (Mars 1904).
- Mantegazza.** — Del chéloïde. *Giornale Italiano delle malattie veneree e della pelle*, 1897.
- Marcassi.** — *Giorn. Italiano delle malattie veneree e della pelle*, Fasci, V. octobre 1887.
- Melle.** — Sull. acné chéloïdeo di Bazin. *Clinico Anatomico Pathologico et Bacteriologico* (Milano, 1891).
- Merk.** — Fibrolysine de Merck. *Therapeutische Monatshefte*, avril 1904.
- Metscherski.** — Anatomie pathologique de la Dermite papillaire de Kaposi. *Société Dermatologique de Moscou*, 21 avril 1905.
- Mibelli.** — Sull. cheloïda acneico. *Studio Istologico e critico*, 1893, (Milano).
- Momose.** — Dermatitis papillaris cipillitii. *Dermato Urologisti Gesellschaft in Tokio*, 6 octobre 1906.
- Neuman.** — *Lehrbuch der Hautkrankheiten*, (1873).
- Newton.** — Treatment of keloïde with thiasinamine. *New York Med. Journal*, 20 mars 1897.
- Octave Claude.** — Traitement des chéloïdes par le Radium. *Archives générales de médecine*, 1909, p. 567.
- Pautrier et Gouin.** — Anatomie pathologique de l'acné chéloïdienne de la nuque. *Annales de Dermatologie*, Avril 1911.
- Pierre Marie.** — Traitement de la chéloïde par les injections d'huile créosotée. *Société médicale des Hôpitaux*, 3 mars 1893.
- Plicque.** — Les diverses variétés de chéloïdes et leur traitement. *Gazette des Hôpitaux*, 16 octobre 1890.
- Retz.** — *Maladies de la peau et de celles de l'esprit*, Paris, 1790.

- Reyn.** — Traité des maladies cutanées par les Rayons X. *Hospitals-tidende*, 18 août 1909.
- Ridley.** — Acne keloïd. D. S. of London. 16 mars 1906. *Brit. J. D.*, avril 1906, p. 150.
- Roger.** — Society of London, avril 1884. In *British medical journal* (1884).
- Sabouraud.** — *Dermatologie Topographique*, 1905, p. 186.
- Samburger.** — Folliculitis scléroticans (Sycosis). A. f. D. février 1906.
- Savill.** — Dermatologie papill. capill., (Kaposi). *B. J. D.*, mai 1903, p. 117.
- Savornin.** — *Acné symptomatique*, Thèse de Paris. 11 février 1903.
- Schmidt.** — *Kompendium Roentgentherapie*. *Acnekeloïde*, 1910, p. 106-107 (Hirschwald, Edit. Berlin).
- Schultz.** — *Traité de radiothérapie*, acne keloïde, Berlin 1910. (Springer, Edit.).
- Secchi.** — Histologie de l'acné chéloïdienne. *Giornale Italiano Malattie veneree*, etc., 1897, p. 201.
- Stelwagon.** — Diseases of the Skin. Dermat. Papill. capill. (Kaposi). *Journal of cutaneous diseases*, juin 1893, p. 233.
- Taliani.** — Cheloïde et acné chéloïdienne. *Clinica, Dermosipilopatica della Università di Roma*, juillet 1906, p. 86.
- Thibierge.** — *Pratique Dermatologique*, Article : Acné chéloïdienne, Tome I, p. 255 1900. In *Traité de médecine*, CHARCOT et BOUCHARD. Article : Acné chéloïdienne.
- Toucey.** — Emploi de la Thiosinamine. *New York Med. Journal*, 6 novembre 1897.
- Ullman.** *Annales de Dermatol. et syphiligraphie*, Tome VII, p. 391, (1896). Analyse.
- Vasticar.** — *Annales de chirurgie et d'orthopédie*, année 1899.
- Vérité.** — Note lue à l'Académie de Médecine (1882), Paris.
- Vidal.** — *Société de chirurgie*, Séance du 21 janvier 1881.
- Vidal.** — *Annales de Dermat. et Syphiligraphie*, Tome I, p. 206, 1890.
- Wetterer.** — *Handbuch der Roentgentherapie*, 1908, p. 483.
- Whitthefield.** — Acné Keloïde. D. S. of London, 14 octobre 1903. *British Med. Journal*, Novembre 1903, p. 413.
- Wickam et Degrais.** — *Traité de Radiumthérapie*, p. 188-189) 1909.
- Wickam et Degrais.** — *La Clinique* n° 40, p. 627, 7 octobre (1910).
- Williams.** — Akné with keloïd formation. *New York Academy of Medicine, section on Dermatology*, 4 mai 1909. *J. of C. D.* octobre 1909, p. 462.
- Wright.** — On the treatment of acne furunculosis and sycosis by therapeutic inoculation of staphylococcus vaccine. *British medical Journal*, 7 mai 1904, p. 1075.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION.....	9
Historique. — Ecoles françaises.....	13
— Ecoles étrangères.....	16
— Travaux modernes.....	20
CHAPITRE PREMIER. — Etiologie	30
CHAPITRE II. — Symptomatologie	35
PREMIÈRE PÉRIODE. — Stade préchéloïdien.....	36
DEUXIÈME PÉRIODE. — Stade d'évolution chéloïdienne.....	38
TROISIÈME PÉRIODE. — Stade terminal. L'évolution chéloïdienne est complète.....	41
§ 2. — <i>Symptômes subjectifs et généraux</i>	42
§ 3. — <i>Evolution</i>	43
§ 4. — <i>Pronostic</i>	44
CHAPITRE III. — Acné chéloïdienne en dehors de la nuque ou chéloïdes sur acné	45
CHAPITRE IV. — Diagnostic	52
CHAPITRE V. — Anatomie pathologique de l'acné chéloï- dienne de la nuque	60
1° Bordure des plaques chéloïdiennes présentent encore de petites pustulettes en activité (chéloïdes habitées).....	65
2° Acné chéloïdienne adulte ne présentant plus trace d'infec- tion. Centre des plaques (chéloïdes inhabitées).....	70
CHAPITRE VI. — Pathogénie	77
CHAPITRE VII. — Traitement	85
I. — <i>Traitement médical</i>	88
II. — <i>Traitement chirurgical</i>	97
III. — <i>Electricité</i>	101

a) Electricité statique.....	101
b) Courant continu : Ionisation.....	102
c) Electrolyse.....	103
d) Haute fréquence.....	109
e) Photothérapie.....	111
IV. — Radiothérapie.....	112
<i>Première période.</i> — Radiothérapie sans ablation chirurgical.	121
V. — Radiumthérapie	141
CHAPITRE VIII. — Parallèle entre la radiothérapie et la radiumthérapie	146
CHAPITRE IX. — Conduite à tenir dans une acné chéloï- dienne de la nuque.....	149
CONCLUSIONS	192
BIBLIOGRAPHIE.....	197

VU :

Le Doyen,
LANDOUZY.

VU :

Le Président de la thèse,
GAUCHER..

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD.

Le Mans. — Imp. Monnoyer. — 1911.



